



PETITES MAINS, GRANDE ASSIETTE

La diversification
alimentaire menée
par l'enfant

DME - BLW

Annie Talbot, Dt.P.
Diététiste - Nutritionniste

Evelyne Bergevin, Dt.P.
Diététiste - Nutritionniste

Marie-Ève Richard, Dt.P.
Diététiste - Nutritionniste

EDITIONS
LASEMAINE

VISIT...

LANZAROTE
Caliente.COM

PETITES MAINS, GRANDE ASSIETTE

La diversification
alimentaire menée
par l'enfant

Annie Talbot, Dt.P.
Diététiste - Nutritionniste

Evelyne Bergevin, Dt.P.
Diététiste - Nutritionniste

Marie-Ève Richard, Dt.P.
Diététiste - Nutritionniste



Une société de Québecor Média

À tous les petits mangeurs

DISTRIBUTEURS EXCLUSIFS

- Pour le Canada et les États-Unis:

MESSAGERIES ADP

*2315, rue de la Province

Longueuil (Québec) J4G 1G4

Tél.: 450 640-1237

Télécopieur: 450 674-6237

*Une division du Groupe Sogides inc.,
filiale du Groupe Livre Québecor Média inc.

- Pour la France et les autres pays:

INTERFORUM editis

Immeuble Paryseine, 3, Allée de la Seine

94854 Ivry CEDEX

Tél.: 33 (0) 4 49 59 11 56/91

Télécopieur: 33 (0) 1 49 59 11 33

Service commande France métropolitaine

Tél.: 33 (0) 2 38 32 71 00

Télécopieur: 33 (0) 2 38 32 71 28

Internet: www.interforum.fr

Service commandes Export —

DOM-TOM

Télécopieur: 33 (0) 2 38 32 78 86

Internet: www.interforum.fr

Courriel: cdes-export@interforum.fr

- Pour la Suisse:

INTERFORUM editis SUISSE

Case postale 69 — CH 1701 Fribourg — Suisse

Tél.: 41 (0) 26 460 80 60

Télécopieur: 41 (0) 26 460 80 68

Internet: www.interforumsuisse.ch

Courriel: office@interforumsuisse.ch

Distributeur: OLF S.A.
ZI. 3, Corminboeuf
Case postale 1061 — CH 1701 Fribourg — Suisse
Commandes: Tél.: 41 (0) 26 467 53 33
Télécopieur: 41 (0) 26 467 54 66
Internet: www.olf.ch
Courriel: information@olf.ch

• Pour la Belgique et le Luxembourg:
INTERFORUM BENELUX S.A.
Fond Jean-Pâques, 6B-1348 Louvain-La-Neuve
Tél.: 00 32 10 42 03 20
Télécopieur: 00 32 10 41 20 24

PRÉFACE

“L’enfant apprend à marcher et à parler seul lorsqu’il est bien encadré, donc pourquoi n’apprendrait-il pas à manger seul? Placer bébé au centre de sa diversification alimentaire dès que son système a acquis la maturité nécessaire, c’est faire confiance aux capacités exceptionnelles du corps et de l’intelligence de votre petit. Lorsqu’on lui fournit des contextes facilitants, sécuritaires et suffisamment d’occasions pour apprendre par imitation, le bébé apprend instinctivement et à son propre rythme. C’est fascinant et toute une fierté que d’observer l’évolution phénoménale des habiletés de ces petits mangeurs. Que du bonheur pour tous de partager des heures de repas en famille aux côtés de ces mini-explorateurs enthousiastes!”

Emilie Pinard, fondatrice – rédactrice du site web
www.bebemangeseul.com
et maman d’Eve et de Victor ayant expérimenté la DME

“Nous sommes les fiers parents de deux enfants qui ont connu la phase des purées. Pour notre deuxième, nous avons entendu parler de la DME, mais très vaguement. L’alimentation était pour nous une source d’inquiétude. Nous avons tenté de nous renseigner sur le sujet, mais il n’y avait rien d’assez clair et d’assez concret pour nous mettre en confiance d’essayer l’introduction des aliments solides sans d’abord commencer par les purées.

Nous attendons présentement notre troisième enfant. La question de l’alimentation est revenue et nous avons eu la chance de lire ce livre. Nous nous sentons maintenant en confiance avec la DME et nous voyons tout ce que cette méthode peut apporter de positif dans une vie de famille. Nul besoin de vous dire que nous sommes enchantés et que nous avons hâte de commencer cette nouvelle expérience avec notre petite fille.”

Catherine Hamelin et Jean-Martin Durocher, parents de Charles-Alexis et Louis-Simon

“Nous étions tous les deux incertains quant à la technique d’introduction des aliments solides que nous voulions utiliser avec notre premier enfant. Après quelques jours de bataille avec les purées, la décision nous a semblé évidente. Arrêt des purées, début de la DME! Nous ne nous sommes même pas posé la question pour notre deuxième enfant. Pour nous, depuis que nous connaissons et avons expérimenté la DME, nous ne considérons pas les purées comme absolument nécessaires.”

Valérie De Sève et Jean-François Bovet, parents de Romy et Théodore



Avertissement - Mise en garde

Ce livre ne remplace en aucun cas les recommandations émises par les autorités compétentes. Il se veut plutôt un complément aux informations déjà disponibles. En présence de doutes ou d’inquiétudes, veuillez consulter un professionnel de la santé.

Le médecin de famille et/ou le pédiatre de bébé devraient habituellement être les premières personnes à consulter. Des diététistes-nutritionnistes formés dans l’introduction des aliments solides chez les nourrissons peuvent aussi vous accompagner dans la démarche. Ce sont les seuls professionnels de la santé reconnus par le Code des professions comme spécialistes de la nutrition humaine et de l’alimentation. D’autres professionnels peuvent aussi venir compléter l’équipe de soins de votre bébé: pharmaciens, dentistes, orthophonistes, ergothérapeutes, infirmières et autres.

*** Le terme *parents* est utilisé dans le but d’alléger le texte et comprend les dispensateurs de soins et toute autre personne responsable des repas du nourrisson.**

AVANT-PROPOS

“En 2013, Santé Canada demandait aux différents professionnels de la santé d’émettre leurs opinions sur les prochaines recommandations de *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé: Recommandations pour l’enfant âgé de 6 à 24 mois*. Les nutritionnistes-diététistes furent donc invités à s’exprimer sur le sujet. Il était question dans ces recommandations provisoires de la **diversification alimentaire menée par l’enfant (DME) ou encore Baby-led weaning (BLW)**, soit, entre autres, l’abolition de la phase purée lors de l’introduction des aliments chez le bébé. N’ayant jamais entendu parler de cette pratique, Evelyne débuta une revue de la littérature scientifique afin de pouvoir prendre position sur cette approche.

Marie-Ève, quant à elle, fut approchée au même moment par sa cousine qui se montrait intéressée par l’introduction des aliments solides sans l’utilisation de purées pour son bébé de 6 mois. La nutrition pédiatrique n’étant pas son domaine de pratique principal, mais ayant tout de même déjà entendu parler de cette nouvelle approche, Marie-Ève tenta de trouver de multiples références sur la DME afin d’accompagner sa cousine dans sa démarche.

Ayant travaillé avec Evelyne et Marie-Ève sur des projets antérieurs, Annie eut quelques occasions d’échanger avec elles sur la diversification alimentaire menée par l’enfant. Cette approche piqua rapidement sa curiosité. Annie se donna alors comme objectif d’en découvrir, elle aussi, davantage sur le sujet. Fascinée, elle entreprit un examen minutieux de la littérature et parcourut divers blogues.

Leurs conclusions? La littérature est encore trop peu étoffée d’études portant sur la DME. Toutefois, l’approche mérite d’être mise de l’avant et gagne à être connue. C’est ainsi qu’à l’automne 2015 est né le projet de collaboration entre ces trois jeunes diététistes-nutritionnistes dynamiques.

Entamer le processus de la diversification alimentaire menée par l'enfant est une décision qui se doit d'être éclairée. Ce livre se veut donc un outil informatif à l'intention des parents. Fruit de nombreuses lectures et recherches, cet ouvrage vise à appuyer les parents dans cette nouvelle approche d'introduction des aliments, tout en faisant découvrir la DME à un plus grand public."

Bonne lecture et bonne réflexion!

Annie, Evelyne et Marie-Ève



La diversification alimentaire menée par l'enfant, c'est...

«Une approche d'introduction des
aliments où le nourrisson
s'alimente seul sans passer par
l'étape des purées.»

INTRODUCTION

La diversification alimentaire menée par l'enfant (DME), aussi connue sous les noms de baby-led weaning (BLW), weaning by solids et sevrage induit par le bébé (SIB), se résume en une technique d'introduction des aliments où le nourrisson s'alimente seul sans passer par l'étape des purées. D'abord popularisée en Europe, cette approche d'introduction des aliments solides prend rapidement de l'ampleur en Amérique du Nord. De plus en plus de parents se questionnent maintenant sur cette nouvelle approche, sans pour autant trouver réponse à leurs interrogations.

La DME fut mise de l'avant par Gill Rapley au début des années 2000. C'est au cours de sa carrière d'infirmière qu'elle développa un vif intérêt pour l'alimentation autonome chez le nourrisson. Souhaitant en apprendre davantage, Mme Rapley décida d'en faire l'objet de ses recherches de maîtrise et de doctorat. Grâce à la publication de divers ouvrages, elle contribue pour beaucoup à faire connaître la DME tout en la rendant accessible à ceux qui veulent l'adopter.

Cette approche en émergence est encore peu connue des professionnels de la santé bien que plusieurs affirment en avoir déjà entendu parler. Divers chercheurs s'attardent actuellement à cette approche fascinante qui, à ce jour, reste encore trop peu documentée dans la littérature scientifique partout dans le monde.

Afin de mieux saisir les différents concepts propres à la DME, voici d'abord un survol des recommandations actuelles portant sur l'introduction des aliments solides chez le nourrisson.

Portrait des recommandations actuelles

L'allaitement, l'introduction des solides et l'alimentation des nourrissons sont trois sujets qui ont fait couler beaucoup d'encre au fil du temps. En

constante évolution, les pratiques mises de l'avant ont longtemps été guidées par les croyances populaires, par le transfert intergénérationnel de connaissances et par une multitude d'expériences, d'essais et d'erreurs. De nos jours, ce sont plutôt la recherche et les évidences scientifiques qui sont le fondement des recommandations.

Au Canada, c'est le *Groupe de travail conjoint sur l'alimentation du nourrisson* qui élabore les recommandations courantes en ce qui a trait à l'alimentation du nourrisson. Ce groupe est composé de représentants de divers comités et organismes dont:

- Le Comité de nutrition et de gastro-entérologie de la Société canadienne de pédiatrie (SCP)
- Les diététistes du Canada (DC)
- Le Comité canadien pour l'allaitement (CCA)
- L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
- Santé Canada (SC)

En accord avec la recommandation globale de santé publique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), **ce groupe de travail appuie l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois. Il affirme ensuite que vers l'âge de 6 mois, le développement du nourrisson est suffisant pour lui permettre de commencer à consommer d'autres aliments.** Des aliments nutritifs et sécuritaires peuvent alors faire leur entrée dans la diète de l'enfant. On propose de débiter en présentant des aliments comme la viande, la volaille, le poisson, les substituts de la viande et les céréales enrichies en fer pour bébés. L'allaitement doit tout de même rester la principale source de nutriments lors de l'introduction des aliments. **Quant à la quantité de nourriture qui devrait être offerte, le Groupe de travail conjoint sur l'alimentation du nourrisson propose de se laisser guider par l'appétit de l'enfant et les signes de satiété observés. C'est donc l'enfant qui décidera lorsqu'il a faim et lorsqu'il n'a plus faim.**

L'association Les Diététistes du Canada (DC) spécifie également que les bébés devraient être assis à table avec les membres de la famille au moment du repas et qu'ils devraient partager les mêmes aliments nutritifs que ceux-ci. Elle indique que la texture des aliments doit être

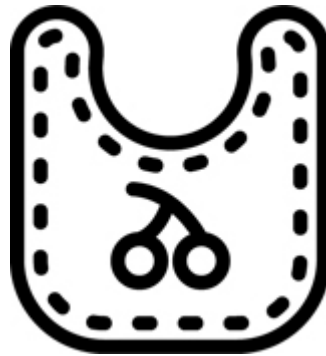
adaptée pour bébé, mais qu'il est possible que les purées ne soient pas nécessaires. Le fait de hacher, râper ou couper les aliments pourrait suffire. De plus, l'association ajoute qu'il serait souhaitable de laisser suffisamment de temps au nourrisson pour qu'il se nourrisse seul. Ainsi, bébé peut explorer et découvrir les aliments avec ses sens de la même manière qu'il découvre le reste de son environnement: par ses yeux, son nez, ses mains, ses oreilles et sa bouche.

C'est dans cette optique que la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME) prend tout son sens. **Cette approche, en harmonie avec les dernières recommandations du Groupe de travail conjoint du nourrisson et des Diététistes du Canada, ne réinvente pas l'alimentation du nourrisson. Il s'agit plutôt d'un retour à la simplicité, soit un retour aux aliments sous leur forme naturelle et non transformée.** En bref, on saute l'étape des purées. Sans l'énoncer explicitement, les recommandations actuelles en termes d'alimentation du nourrisson semblent appuyer ces concepts de base.

Le présent livre s'insère donc dans le cadre des recommandations officielles actuelles tout en proposant un angle nouveau. Il propose d'accompagner les parents dans la pratique de la diversification alimentaire menée par l'enfant. N'ayant pas la prétention de vouloir convaincre les gens d'adopter cette approche, cet ouvrage vise plutôt à brosser un portrait le plus complet possible de la DME, en plus de dresser un bilan de l'état des connaissances. Il comprend tous les éléments essentiels à la bonne compréhension de cette méthode, ainsi que diverses informations sur l'alimentation et le développement du nourrisson. Les sujets abordés passent des notions de base aux conseils pratiques. On y retrouve notamment des chapitres portant sur les lignes directrices de la DME, les conditions à respecter quant au moment d'introduction des aliments solides, la théorie entourant la déglutition, les mesures de sécurité, les différentes phases à respecter, le suivi des apports alimentaires, un survol de l'alimentation équilibrée, les aspects médicaux liés aux nourrissons et plus encore.

Chapitre 1

**QU'EST-CE QUE
LA DME ?**



Connaissez-vous bien la diversification alimentaire menée par l'enfant (DME)?

Cette approche d'introduction des solides propose une façon différente d'effectuer la transition entre l'allaitement (et/ou les préparations pour nourrissons) et les premiers aliments.

En bref, la DME élimine l'étape des purées pour passer directement aux aliments solides tels que consommés par le reste de la famille. Ce chapitre permettra de découvrir la théorie et les notions de base qui entourent la diversification alimentaire menée par l'enfant et met la table pour le reste de l'ouvrage.

Fondements

La mise en pratique de la DME s'échelonne du moment où bébé goûte à son premier aliment solide jusqu'au moment où l'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons sont cessés. **La particularité de cette technique réside en l'élimination de l'étape des purées.** En effet, lorsque vient le temps d'introduire les solides, le nourrisson passe directement aux aliments habituels de formes et textures variées. Voici ce qui définit l'approche DME:



- Bébé s'assoit à table pour partager la période du repas avec tous les membres de la famille.
- Bébé reçoit les mêmes aliments que le reste de la famille.
- Bébé mange dès le départ des morceaux de taille appropriée pour son niveau de développement.

- Bébé explore et s'alimente seul à l'aide de ses doigts, puis apprend graduellement à utiliser les ustensiles.
- Bébé décide seul de la quantité de nourriture ingérée.
- Bébé poursuit l'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons à la demande entre les repas afin de combler ses besoins nutritionnels.

LE SAVIEZ-VOUS ?

La DME n'est pas le fait d'offrir des morceaux à un bébé consommant déjà des purées depuis déjà plusieurs semaines.



La DME n'est pas non plus le fait de laisser le nourrisson manger des morceaux et ensuite de le nourrir avec des purées.

Dès le commencement, bébé est maître de son alimentation. On présente les aliments devant l'enfant et on le laisse les découvrir à sa **man re**. Comme c'est le cas avec l'apprentissage de la marche et de la parole, le développement de bébé se fera naturellement. Bien que ce concept puisse en étonner plusieurs, le développement normal de l'enfant permet une transition sécuritaire de l'allaitement et/ou de l'utilisation de préparations pour nourrissons vers l'introduction complémentaire des aliments solides sans l'usage de purées.

Tel que recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé, l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois est à privilégier. De plus, la DME s'insère parfaitement dans la logique de l'allaitement car, comme au sein, le nourrisson se nourrit à son propre rythme tout en respectant ses besoins et ses limites. Des préparations pour nourrissons peuvent aussi être

utilisées pour venir compléter ou remplacer l'allaitement. Il s'agit des poudres de lait à reconstituer, des formules prêtes-à-boire et des préparations spécialisées disponibles en vente libre. Pour les bébés nourris à l'aide de ces préparations, il demeure tout aussi important d'attendre que bébé atteigne 6 mois pour commencer l'introduction des solides. En effet, c'est seulement vers l'âge de 6 mois ou plus que bébé aura atteint le stade de développement propice pour commencer de façon sécuritaire la DME. Il doit être capable de rester assis seul sans aide, démontrer un bon contrôle de la tête et réussir à porter les aliments à sa bouche seul. À ce stade, bébé présente toutes les capacités nécessaires pour se nourrir seul.

Habituellement, ce qui motive bébé à faire la transition vers les aliments solides semble être la curiosité plutôt que la faim. En effet, il désire explorer et imiter les activités des autres. Assis à table avec tous les membres de la famille, bébé sera assurément stimulé et tentera de reproduire les comportements observés. Certaines études affirment que les enfants qui voient d'autres personnes manger ont plus de chance d'accepter les aliments offerts. Lors de la DME, les membres de la famille doivent donc être présents afin de jouer le rôle de modèle et d'encourager ainsi l'enfant à manger. **Au début, la stratégie gagnante est de mettre l'accent sur l'exploration plutôt que d'inciter à la consommation de grandes quantités de nourriture.** En se voyant offrir un large éventail d'aliments de couleurs, de textures, de formes, d'odeurs et de goûts variés, bébé développe sa motricité fine, ses techniques de mastication, sa confiance à table et son intérêt pour le repas. Chaque repas représente alors une nouvelle occasion d'apprentissage très formatrice.

Au fil des expositions, le rôle de l'alimentation passe d'une activité amusante à un besoin fondamental, se nourrir. Tout comme avec l'allaitement, l'enfant adapte ses prises alimentaires en fonction de ses besoins nutritionnels. **Puisque bébé se nourrit seul et décide lui-même de la quantité consommée, il peut écouter ses signaux de faim et de satiété et arrêter de manger lorsqu'il ne ressent plus la faim.** Bébé ne se verra jamais forcé de prendre certaines bouchées ou de terminer son repas. Tout au long de la première année, les besoins nutritionnels sont comblés en grande partie par l'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons, puis complétés par les aliments solides. Au cours de la deuxième année, la

situation s'inverse. Les apports nutritionnels issus des aliments solides gagnent graduellement en importance, tandis que le rôle de l'allaitement et/ou des préparations pour nourrissons devient complémentaire. Une fois de plus, c'est le nourrisson qui choisit la durée du boire et la quantité de lait et/ou de préparations pour nourrissons ingérée.

Selon certaines études, l'apprentissage de l'autorégulation des apports en bas âge serait bénéfique à long terme et pourrait aider à la prévention du surpoids et de l'obésité. Ce lien reste encore à être démontré, mais il s'agit d'un concept très intéressant à étudier dans le contexte mondial actuel où l'obésité et les comorbidités associées ne cessent d'augmenter. À plus long terme, la DME pourrait avoir un impact favorable sur le contrôle du poids, le diabète de type 2, le syndrome métabolique et plus encore. Il semble pertinent de travailler en amont du problème en misant sur la prévention.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le *Rapport mondial sur le diabète 2016* de l'Organisation mondiale de la Santé indique qu' «il est essentiel d'adopter une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie afin de prévenir le diabète de type 2». Il ajoute qu' «au cours des premières années de la vie, lorsque les habitudes alimentaires et en matière d'exercice physique s'acquièrent et lorsque la régulation à long terme de l'équilibre énergétique peut être programmée, il existe une marge d'intervention décisive permettant d'atténuer le risque d'obésité et de diabète de type 2 plus tard dans la vie». C'est ici que la DME semble pouvoir s'inscrire comme faisant partie de la solution à ces problèmes. De plus amples études sont toutefois nécessaires afin de confirmer ces hypothèses.

La DME étant une approche d'introduction des aliments solides relativement récente, il existe un nombre limité de recherches scientifiques sur le sujet. Conscients de la popularité grandissante de cette méthode, plusieurs chercheurs commencent à s'y intéresser. Toutefois, il est important de savoir que les principes de base et les éléments de preuve quant à la faisabilité et la sécurité de la DME sont appuyés par la littérature. Ce sont les théories et les hypothèses entourant les impacts à plus long terme de cette technique qui méritent d'être approfondies. Ceci étant dit, plusieurs avantages et craintes propres à la DME sont répertoriés dans la littérature, basés majoritairement sur des observations et des faits vécus par les bébés et les familles ayant choisi d'adopter cette approche. Les divers

concepts seront abordés tout au long de l'ouvrage. Voici un court aperçu des éléments-clés.

Avantages

1. Partage du repas en famille
2. Réduction du temps de préparation des repas
3. Offre d'aliments non transformés
4. Découverte de couleurs, textures, goûts, formes et odeurs variés
5. Écoute et respect des signaux de faim et de satiété
6. Progression rapide de la motricité fine
7. Contribution au développement de la confiance chez l'enfant
8. Attitude positive face à la découverte alimentaire
9. Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois
10. Diminution possible du risque d'obésité

Dans le cadre de la DME, bébé doit prendre place à table lors des repas. Selon de récentes enquêtes, le fait de partager des repas en famille serait associé à une panoplie de bénéfices, dont l'adoption de saines habitudes alimentaires, la découverte de nouveaux aliments, l'écoute et le respect des signaux de faim et de satiété, ainsi que la présence de discussions de qualité. Les repas en famille sont donc souhaitables, le plus souvent possible. **Aussi, puisque bébé se nourrit seul, les parents n'ont pas besoin de nourrir l'enfant pendant que les autres mangent. Ils peuvent profiter du repas et de ce moment en compagnie du reste de la famille. Le rôle des parents à table sera celui de modèle et d'exemple que bébé tentera d'imiter.** L'ambiance au repas repose sur les échanges et le partage plutôt que sur le combat avec la cuillère. En incluant bébé au repas familial dès son jeune âge, on développe aussi une routine qui le sécurise.

De plus, puisque bébé consomme les mêmes aliments que le reste de la famille, il n'est pas nécessaire de cuisiner plus d'un repas. Ceci diminue considérablement le temps de préparation et allège la tâche des parents. Bébé peut d'ailleurs tirer avantage des mets cuisinés maison et ainsi limiter

sa consommation de produits transformés. Il découvre la vraie nature des aliments et apprend à aimer tout un éventail d'aliments sains.

D'autre part, la DME permet à bébé de manger selon son appétit. Durant la période du repas, on lui offre l'opportunité de consommer les quantités qu'il désire. **Puisque lui seul est responsable des prises alimentaires, il décide des aliments et des quantités ingérés.** N'étant pas encore influencé par les facteurs externes qui jouent souvent un rôle sur les apports des adultes (pression de finir son assiette, distractions causées par la présence d'objets technologiques à table, préoccupation à l'égard du poids, vision erronée des portions adéquates, normes sociales, etc.), bébé peut se fier à la pureté de ses signaux de faim et de satiété. À table, il mangera selon sa faim, puis demandera le sein ou le biberon entre les repas afin de combler ses besoins.

Les méthodes d'introduction des aliments solides plus contrôlées, telle l'offre de purées à la cuillère, peuvent empêcher certains enfants de réguler leurs apports et éventuellement mener à l'obésité. En effet, il est possible que lorsqu'un nourrisson est alimenté par l'un de ses parents, ce dernier soit davantage préoccupé par la quantité ingérée plutôt que de s'assurer que l'enfant a ou non encore faim. Cela pourrait avoir comme conséquence que le nourrisson inhibe ses signaux de satiété. L'impact de la DME sur le poids à plus long terme reste encore à prouver, mais les premières observations semblent indiquer un meilleur contrôle du poids et une diminution de l'obésité.

En plus d'aider à l'autorégulation des apports, la DME comporte de grands avantages au niveau du développement de la motricité fine. Puisque bébé est exposé à une variété de formes et textures d'aliments dès le départ, il devient rapidement très habile, tant au niveau de la dextérité qu'au niveau des mouvements masticatoires. Afin de faciliter la préhension, il faut adapter le format des aliments aux habiletés de bébé. Au début, il s'agit de présenter les aliments sous forme de gros morceaux (ex.: bâtonnets). Par la suite, il sera possible de graduellement diminuer la taille des aliments en fonction des apprentissages de bébé. En se voyant offrir des morceaux dès le départ, bébé explorera le contenu de son assiette tout en

travaillant davantage sa coordination œil-main et en apprenant à reconnaître les aliments individuellement.

En ce qui concerne les habiletés masticatoires, il faut garder en tête que la présence de dents n'est pas requise pour permettre l'amorce des aliments solides. Bébé sera tout d'abord porté à téter les aliments, à sentir les textures en bouche et à découvrir les goûts et saveurs. Au fil des expositions, il progressera et apprendra à mâcher, puis à mastiquer. Grâce à la DME, les nourrissons risquent d'avoir moins de difficultés d'alimentation ultérieurement et pourraient accepter une plus grande variété d'aliments.

En optant pour la DME, on confère un grand niveau de confiance à l'enfant et on accepte de se fier aux instincts de ce dernier. C'est au moyen d'expériences variées qu'il comprend quels comportements adopter, quelles quantités manger, quelles grosseurs de bouchée prendre, quels aliments il préfère, comment utiliser les ustensiles, etc. Plus les succès s'enchaîneront, plus bébé gagnera en confiance et adoptera une attitude positive face à l'alimentation. Il apprendra tout en s'amusant, ce qui rendra le moment du repas très agréable non seulement pour l'enfant, mais aussi pour le parent. Plusieurs parents font état d'une expérience beaucoup moins stressante au repas avec la diversification alimentaire menée par l'enfant que celle vécue avec les purées. Les parents instaurent souvent une routine moins stricte au repas. Bien qu'il existe quelques conseils à suivre quant au moment d'introduire certains aliments, les parents n'ont pas de quantités à respecter, ne doivent en aucun cas forcer l'enfant à manger quoi que ce soit et ne font que suivre l'horaire régulier des repas de la famille. Ils peuvent alors adopter un style d'alimentation moins restrictif et exercer moins de pression sur l'enfant.

Craintes

1. Étouffement
2. Manque possible d'apports nutritionnels et de certains nutriments
3. Gaspillage alimentaire et dégâts fréquents
4. Jugement de l'entourage

L'introduction des aliments solides peut être une source d'anxiété et de questionnements pour bien des parents, que ce soit dans le cadre de la méthode traditionnelle ou de la DME. De prime abord, plusieurs personnes expriment certaines craintes face à la DME. Il existe certainement quelques défis à relever et des interrogations à clarifier. Avec les bonnes informations et au fil des expériences, les craintes s'estompent graduellement et les parents se sentent rapidement rassurés. Voici un court aperçu des réponses aux préoccupations les plus fréquentes.

Bien que, théoriquement, le risque d'étouffement soit plus élevé avec la DME, puisqu'il s'agit de morceaux, aucune donnée n'est actuellement disponible à ce sujet. **L'enfant décidant lui-même des quantités ingérées et de la grosseur des bouchées prises, il semblerait être en mesure de bien réagir une fois les aliments en bouche.** De plus, divers mécanismes de protection, dont le réflexe vomitif, sont présents chez le nourrisson afin de réduire le risque d'étouffement. Tout ceci aiderait donc l'enfant à apprendre de ses expériences et à ne plus reproduire les comportements à risque. En fait, les habiletés générales de bébé se développent habituellement en parallèle avec sa capacité à gérer les aliments. Par exemple, le moment où il réussit à porter de petits aliments à sa bouche se produit généralement à partir du jour où il a acquis les techniques nécessaires pour avaler cette bouchée de façon sécuritaire. Une surveillance constante est cependant essentielle. Les [chapitres 4](#) et [5](#) aborderont cet aspect de manière détaillée.

En ce qui concerne l'inquiétude face au manque d'apport nutritionnel et à des carences en nutriments tels que le fer, les [chapitres 8](#) et [9](#) fourniront toutes les informations pertinentes sur l'alimentation équilibrée et l'atteinte des besoins dans le cadre de la diversification alimentaire menée par l'enfant. En optant pour cette méthode d'introduction des solides, il faut accepter de remettre le contrôle des quantités ingérées entre les mains de bébé. **Comme c'est le cas lors de l'allaitement au sein, il suffit de faire confiance en sa capacité d'autorégulation et de lui permettre de trouver l'équilibre entre les aliments solides et la poursuite de l'allaitement.** Les visites de routine chez le médecin et autres professionnels de la santé viennent habituellement valider les apports par le suivi des courbes de croissance. En ce qui concerne les préoccupations

entourant les carences nutritionnelles, différents trucs et conseils sont proposés au fil des pages dans ce livre afin d'optimiser l'alimentation de bébé.

Plusieurs s'inquiètent des dégâts et du gaspillage reliés à la DME. Il existe certes des mesures à prendre qui permettent de limiter les conséquences à ce sujet. Malgré tout, force est d'admettre qu'il sera impossible d'éviter le nettoyage. **Il faut garder en tête que la DME est un processus d'apprentissage qui permet à bébé d'explorer et de découvrir les aliments tout en s'amusant. Plus l'enfant avance dans le processus, moins il gaspillera d'aliments et plus il se nourrira proprement.** En recouvrant le sol sous la chaise haute de l'enfant avec une toile ou un tapis de plastique propre, il sera possible de nettoyer plus facilement. Aussi, il existe toute une variété de bavoirs plus grands permettant de limiter les dégâts. Enfin, en effectuant des choix judicieux d'aliments lors de sorties en public, on peut rendre l'expérience moins salissante.

Une dernière crainte souvent documentée au sujet de la diversification alimentaire menée par l'enfant est la crainte du jugement de l'entourage. La DME étant encore peu connue, plusieurs parents trouvent difficile de devoir justifier leur choix et d'expliquer les théories sous-jacentes aux gens qu'ils côtoient. Malheureusement, en attendant la publication d'ouvrages et d'études scientifiques, ce n'est qu'en s'informant sur les connaissances actuelles et en partageant les expériences vécues que la société apprendra à découvrir cette approche sur l'introduction des aliments solides.



Chapitre 2

**CHOISIR
L'AVENTURE
DME ?**



La DME est une vision de l'alimentation qui ne peut se résumer à la simple élimination des purées.

Il s'agit plutôt d'une approche globale d'introduction des aliments solides qui inclut non seulement l'aspect technique de l'alimentation, mais aussi l'aspect social qui y est relié.

On peut penser notamment au rôle de l'entourage. Tous doivent mettre la main à la pâte et participer au développement de l'enfant. La décision d'amorcer la DME doit être prise en pleine connaissance de cause. Le chapitre qui suit présente donc les prémisses et contre-indications en matière de DME.

Prémisses à accepter

En optant pour la diversification alimentaire menée par l'enfant, il faut accepter certaines prémisses, qu'elles soient prouvées par la science ou non. La DME repose sur la conviction profonde que:

- Entre 6 mois et 1 an, les aliments sont un prétexte pour découvrir et apprendre. L'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons couvrent en grande partie les besoins nutritionnels.
- Bébé est capable de déterminer par lui-même les quantités qu'il doit manger: il ne se laissera pas mourir de faim.
- La motricité fine, le système masticator et l'appétit de bébé évoluent au même rythme que ses besoins en aliments solides.

Ceci étant dit, en tant que parent ou responsable d'un bébé pratiquant la DME, il faut être prêt à:

1 LÂCHER PRISE QUANT AU CONTRÔLE EXERCÉ SUR BÉBÉ AU MOMENT DU REPAS

En optant pour cette approche, on doit laisser le nourrisson dicter le déroulement du repas. Puisqu'il s'alimente seul, c'est lui qui décide des quantités consommées. Il ne faut pas céder à la tentation d'intervenir ou de porter les aliments à sa bouche. Bien que l'on veuille aider, ceci peut nuire au développement de l'enfant et à la mise en œuvre de la DME. **Seul bébé doit choisir quels aliments il veut manger parmi ceux offerts par les parents, en quelles quantités et à quel rythme.**

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les parents qui exercent un haut niveau de contrôle sur les quantités d'aliments ingérés par l'enfant ont plus de risques de voir leur enfant développer des troubles alimentaires ou des problèmes de poids. À l'inverse, les parents qui limitent la pression exercée sur bébé au moment du repas influencent positivement les comportements alimentaires futurs de l'enfant.

La diversification alimentaire menée par l'enfant suit le principe des divisions des responsabilités d'Ellyn Satter, nutritionniste et thérapeute familiale émérite. Cette approche a pour but de départager les responsabilités de chacun.



Selon ce modèle, le parent a essentiellement un rôle d'encadrement. C'est lui qui répond aux questions *quoi, quand, où* et *comment*:

Quoi	➤ Planifier les repas ➤ Offrir des aliments en quantités suffisantes ➤ Introduire une variété d'aliments ➤ Choisir des aliments sains et peu transformés ➤ Présenter des aliments de couleurs, textures, saveurs, odeurs et formes variés ➤ Accepter que les préférences et l'appétit varient fréquemment
Quand	➤ Choisir des moments propices à l'harmonie à table ➤ Établir un horaire régulier de repas (routine) ➤ Gérer les activités qui entrent en conflit avec le repas
Où	➤ Déterminer des lieux réservés aux repas
Comment	➤ Adopter une attitude adéquate au repas : montrer l'exemple, préconiser l'écoute des signaux de faim et de satiété, lâcher prise quant au contrôle des quantités, être réceptif face aux demandes d'attention de bébé ➤ Assurer la présence des membres de la famille à table ➤ Favoriser une ambiance calme et agréable à table

Le parent a donc pour responsabilité de bien encadrer bébé en lui offrant un environnement et des conditions favorables à l'apprentissage de bonnes habitudes alimentaires. À l'inverse, le parent ne doit jamais interdire, restreindre, punir ou obliger l'enfant dans son acte de manger. La famille étant la première influence dans le développement des habitudes et préférences alimentaires lors de la première année, elle doit savoir montrer l'exemple.

Quant à l'enfant, il a la responsabilité des quantités. Il répond à la question *combien*. Ce n'est que lui qui peut juger des quantités à

consommer en fonction de son appétit et de l'écoute de ses signaux de faim et de satiété. Bébé est aussi responsable du choix des aliments qu'il consomme parmi ceux qu'on lui présente. S'il choisit d'éviter certains aliments, on ne doit pas le forcer à les essayer. Il s'agira de les lui présenter de nouveau lors d'un prochain repas.

Bref, il faut savoir accepter que chacun a son rôle. Ceci est un concept-clé de la diversification alimentaire menée par l'enfant qui doit être respecté en tout temps afin d'en assurer la réussite.

2 RESPECTER LE RYTHME UNIQUE DE BÉBÉ

Pour faire suite au concept du lâcher-prise quant au contrôle exercé sur bébé au moment du repas, il faut aussi savoir respecter les étapes de son développement. Chaque nourrisson évolue à un rythme qui lui est propre. Dans la littérature, des âges moyens sont établis pour différents stades de développement. Ceux-ci servent uniquement de points de référence. La meilleure façon de comprendre l'évolution de bébé est de demeurer attentif à ses gestes et à sa manière d'agir quotidiennement. Ce sont les parents qui restent les personnes les mieux placées pour réellement comprendre cette évolution.

Comme l'illustre l'expression *l'amour est aveugle*, il peut être difficile de se montrer totalement objectif quand vient le temps d'évaluer nos propres enfants. Certains parents ont tendance à croire que leur bébé est un enfant prodige et qu'il se démarque très rapidement des autres. **Dans le cadre de la DME, il faut bien s'assurer de ne jamais sauter de phases au niveau de l'introduction des solides (voir chapitre 6), car cela pourrait compromettre la sécurité de bébé et la réussite de la DME.** En cas de doute, il est préférable d'en discuter avec un professionnel de la santé.

3 VOULOIR CUISINER MAISON

Un bébé pratiquant la DME reçoit habituellement le même repas que les autres membres de la famille. En mangeant les mêmes mets que le reste de la famille, bébé a plus de chances de goûter et d'aimer une grande variété d'aliments. **Afin de s'assurer que les besoins nutritionnels du nourrisson**

soient comblés et qu'il développe de saines habitudes alimentaires, il est primordial que l'alimentation de la famille soit saine et équilibrée. Dès ses premières bouchées, bébé commence à développer ses goûts et établit des habitudes alimentaires qui modèleront ses comportements futurs. Il faut profiter de cette occasion en or pour lui montrer l'exemple et mettre de l'avant des comportements et habitudes alimentaires sains et durables.

Pour y arriver, le meilleur conseil reste de cuisiner maison tout en évitant la restauration rapide, le prêt-à-manger et les aliments commerciaux. Ceci permet d'offrir une multitude d'aliments de formes, de couleurs, de textures, de goûts et d'odeurs variés, ainsi que de limiter les mauvais gras, le sucre ajouté et le sel. Le [chapitre 8](#) présente de plus amples détails sur les bases d'une alimentation équilibrée chez le nourrisson.



QUESTION DE PARENTS

Qu'en est-il des aliments pour nourrissons que l'on retrouve à l'épicerie, tels que les biscuits, les barres de céréales, les grignotines et autres ?



Les aliments commerciaux pour nourrissons ne sont pas nécessaires, bien qu'ils puissent parfois être pratiques. Même si ces aliments sont destinés aux bébés d'un point de vue marketing, plusieurs contiennent une grande quantité de sel et de sucres ajoutés qui ne répondent pas aux besoins nutritionnels de l'enfant. Ce type d'aliment peut être servi à l'occasion en veillant à bien comparer les étiquettes nutritionnelles et à choisir la meilleure option disponible. La cuisine maison demeure tout de même l'option à prioriser.

En ce qui concerne les familles qui n'ont pas l'habitude de cuisiner ou qui n'ont pas nécessairement une alimentation optimale avant l'arrivée de bébé, il faut profiter des mois précédant la DME pour apporter des changements. Cette période de transition nécessite sans aucun doute du travail et des efforts, mais tous en ressortiront gagnants. Il s'agit aussi de savoir planifier les repas, faire des listes d'épicerie, varier les recettes et trouver du temps dans l'horaire pour cuisiner. Pour ceux qui éprouvent plus de difficultés ou qui pourraient bénéficier de l'aide d'un professionnel, les diététistes-nutritionnistes offrent de précieux conseils et appuient les familles dans leur démarche de saine alimentation. En fin de compte, le désir de pratiquer la diversification alimentaire menée par l'enfant peut alors avoir un impact positif sur les choix alimentaires de toute la famille, et ce, à long terme.

4 MANGER AVEC BÉBÉ

Au moment de commencer l'introduction des solides, les seules techniques d'alimentation que connaît bébé sont la succion et la déglutition liées au sein et/ou au biberon. Afin de bien comprendre comment s'alimenter à table, il a besoin d'un modèle à suivre, d'une personne à imiter. **Lorsque d'autres personnes sont présentes à table ET mangent en même temps que bébé, il peut apprendre comment manger en tentant de reproduire les gestes observés.** Ceci ne signifie pas nécessairement que les autres membres de la famille doivent manger avec les doigts. Le fait de voir passer les aliments de l'assiette à la bouche sera suffisant pour bébé. Aussi, afin d'inciter l'enfant à porter les aliments à sa bouche, l'adulte peut prendre des aliments sur la tablette de la chaise haute de l'enfant et les manger en guise d'exemple. Cette action stimule le partage et montre à l'enfant la bonne technique à préconiser.

Outre l'aspect technique relié à l'imitation, selon Santé Canada, «les repas en famille sont une occasion de donner l'exemple d'habitudes alimentaires saines». **Si bébé est habitué aux repas en famille dès son très jeune âge, il aura de meilleures chances de conserver cette habitude à plus long terme et d'en récolter les bénéfices.** Afin de créer un climat favorable à l'apprentissage et d'encourager bébé à participer, il est primordial d'adopter une attitude positive et détendue. Si bébé perçoit

des signes de nervosité de la part des autres membres de la famille, cela peut l’effrayer et nuire au déroulement sécuritaire du repas. En mangeant calmement avec l’enfant, il devient aussi plus facile de le surveiller, de répondre à ses besoins et d’assurer sa sécurité.

5 INFORMER L’ENTOURAGE

Lorsque vient le temps de passer à l’introduction des aliments solides, il est important de choisir la technique désirée et d’y rester fidèle. Bien entendu, si une problématique quelconque survient en cours de route, il faut en discuter avec un professionnel de la santé et réévaluer l’approche choisie.

Dans le cas de la diversification alimentaire menée par l’enfant, il est souhaitable d’informer l’entourage du choix retenu. Ceci signifie que toutes les personnes faisant partie de l’entourage de bébé qui sont susceptibles de partager des repas et/ou collations avec bébé doivent être informées. Sans devoir nécessairement tout expliquer en détail, il serait bénéfique de discuter des points théoriques les plus importants et des notions de base afin de s’assurer que les personnes à table sauront quoi faire au moment du repas.

Bien que la DME soit de plus en plus connue, elle reste encore abstraite aux yeux de plusieurs. Souvent, ce qui est peu connu effraie. Avant de laisser l’enfant entre les mains de quelqu’un qui connaît moins la DME (éducatrice, grands-parents, amis...), il faut s’assurer que cette personne se sente à l’aise et assez outillée pour s’occuper de l’enfant au moment du repas.

Il serait donc faux de dire que la DME est pour tous. Pour que cette approche soit une réussite et se déroule de manière sécuritaire, il faut accepter les prémisses avec conviction et être prêt à relever les différents défis énoncés plus haut. Si la technique n’est pas suivie comme il se doit, il peut s’ensuivre des conséquences négatives pour bébé. **En effet, une mauvaise supervision du nourrisson au repas, une offre alimentaire non optimale, un mélange de méthodes, un manque de suivi médical ou autres pourraient éventuellement nuire à l’enfant.**

D'un autre côté, il existe aussi des contre-indications à la DME qui sont hors du contrôle et de la bonne volonté des parents.

Contre-indications à la DME



Certains troubles médicaux font en sorte que l'on doit être plus prudent dans la diversification alimentaire menée par l'enfant afin d'assurer la sécurité de l'enfant et la réussite de l'introduction des aliments solides. Cette liste de troubles comprend notamment:

- Frein lingual court
- Malformation buccale, fente labiale
- Retards ou troubles du développement
- Problèmes de coordination main-œil
- Bébé prématuré

Si bébé présente l'un de ces troubles, il est recommandé de consulter un professionnel de la santé avant de mettre en pratique toute méthode d'introduction des solides. Dans certains cas, comme les retards de développement ou les problèmes qui empêchent l'enfant de porter les aliments à sa bouche, de les mâcher ou de les avaler, il sera difficile de combler les besoins de l'enfant uniquement à l'aide de cette approche. Une autre méthode d'introduction des solides pourrait donc s'avérer nécessaire. **Ces bébés devraient toutefois avoir l'opportunité d'explorer les aliments solides avec leurs mains et leur bouche dès que le stade développemental approprié est atteint et que les risques de danger sont écartés.**

En ce qui concerne les bébés prématurés, le délai peut être plus long avant de pouvoir commencer la DME. Si leurs besoins peuvent être comblés grâce au lait et aux suppléments de vitamines et minéraux, il semblerait quand même possible d'aller de l'avant avec la DME lorsque le bébé est prêt. Une fois de plus, l'appui d'un professionnel de la santé est alors nécessaire.



Chapitre 3

**PRÊT,
PAS PRÊT ?**



En tant que parent, il est normal de toujours vouloir agir dans le meilleur intérêt de bébé. Tout parent souhaite voir bébé s'épanouir et grandir en santé. Ceci mène habituellement à une panoplie d'interrogations dont «comment savoir si bébé est prêt à manger?».

Afin de s'assurer de la sécurité et de la réussite de la DME, certaines conditions doivent absolument être remplies avant d'amorcer le processus.

Alors, prêt ou pas prêt?

Pourquoi faut-il patienter jusqu'à 6 mois pour commencer la DME?

Certains professionnels de la santé proposent l'introduction des purées vers l'âge de 4 mois. Toutefois, cette proposition ne fait pas l'unanimité et ne peut être retenue dans le cadre de la diversification alimentaire menée par l'enfant. Plusieurs raisons sont en cause; en voici quelques-unes.

1 AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF JUSQU'À L'ÂGE DE 6 MOIS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ainsi que Santé Canada recommandent l'allaitement maternel exclusif de la naissance à 6 mois. Seul, l'allaitement maternel est suffisant pour combler les besoins énergétiques du nourrisson à 100%, et ce, jusqu'à l'âge de 6 mois. En effet, le lait maternel est idéal pour bébé, car il est digéré facilement et efficacement. De plus, sa composition fluctue en fonction de la maturation du nourrisson afin de favoriser une croissance optimale. Aussi, le lait maternel et l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois sont associés à une vaste gamme de bienfaits pour la santé dont un meilleur développement cognitif, une protection contre les infections (dont la gastroentérite, les otites et les infections respiratoires), ainsi qu'une possible protection contre l'apparition de l'obésité plus tard dans la vie. Une introduction trop précoce des aliments risque de réduire la quantité de lait maternel consommée et, ainsi, de diminuer les bénéfices associés. L'introduction des aliments solides avant l'âge de 6 mois pourrait alors exposer bébé à un risque de carences nutritionnelles.



QUESTION DE PARENTS

Qu'en est-il des préparations pour nourrissons ?



Pour des raisons personnelles ou médicales, certains parents choisissent d'offrir des préparations pour nourrissons afin de compléter ou de remplacer l'allaitement. Bien que celles-ci comblent les besoins nutritionnels de bébé, elles ne confèrent pas les mêmes bienfaits que l'allaitement. Ceci explique pourquoi le lait maternel reste à préconiser dans la mesure du possible.

2 NÉCESSITÉ D'AVOIR ATTEINT LE BON STADE PSYCHOMOTEUR POUR ENTAMER LA DME

À l'âge de 4 ou 5 mois, il est plutôt rare que bébé ait atteint le bon stade de développement pour assurer une pratique efficace et sécuritaire de la DME. Les notions entourant la déglutition et les mesures de sécurité sont abordées plus en détail dans les chapitres à suivre. **En résumé, il faut savoir qu'avant l'âge de 6 mois, bébé présente encore certains réflexes qui peuvent rendre l'alimentation autonome difficile. Aussi, il est fort possible que le nourrisson n'ait pas encore la force, l'endurance et la coordination neuromusculaire nécessaires pour mâcher et éventuellement mastiquer les aliments.** Avant d'atteindre 6 mois, plus rares sont les bébés qui ont assez de force et de tonus pour rester assis le dos droit et la tête relevée pendant de nombreuses minutes sans avoir recours à l'aide d'un adulte. De plus, l'enfant a habituellement de la difficulté à coordonner ses gestes pour saisir les aliments avec ses mains et les porter à sa bouche. Ceci constitue un grand frein à la réalisation de la DME.

3 IMMATURITÉ DE CERTAINS ORGANES

Les reins des nourrissons continuent de se développer pendant les 6 premiers mois de leur vie. En offrant des aliments solides trop rapidement, il est possible que les reins ne soient pas assez matures pour tolérer de grandes quantités de protéines et de sel. On note aussi que la capacité de digestion et la production de salive des nourrissons sont limitées avant l'âge de 6 mois.

4 ATTITUDE FACE À L'ÉCHEC

L'introduction des aliments comporte son lot de défis. L'important est de rendre l'expérience agréable et simple pour l'enfant. Des tentatives trop rapides de DME comportent non seulement des risques pour bébé, mais augmentent aussi les possibilités qu'il soit confronté à l'échec. En donnant des aliments solides avant que bébé soit prêt, il arrive que le nourrisson se sente frustré et finalement découragé de ne pas réussir à faire comme les autres. Ceci peut influencer l'estime de soi de l'enfant et compliquer les repas à l'avenir. **Il est souhaitable que le rapport avec la nourriture soit toujours positif et que bébé associe le moment du repas à une expérience agréable.** Les habiletés de bébé évoluent très rapidement à cet âge. Souvent, attendre quelques jours ou semaines de plus peut faire une grande différence en ce qui concerne l'introduction des aliments solides. La patience est de mise!

Faux signes que bébé est prêt

Commencer l'introduction des solides est un moment des plus excitants pour toute la famille. Les premiers repas du nourrisson s'avèrent souvent d'excellents souvenirs. Cependant, la DME ne doit pas être entreprise prématurément et il faut se garder de céder à cette fébrilité. Il n'est pas rare que bébé présente de faux signes qui peuvent laisser croire qu'il est prêt à recevoir des aliments solides. Il faut rester vigilant et ne pas hâter les étapes de son alimentation. Voici certains signes trompeurs:

- Le nourrisson regarde manger les gens de son entourage avec insistance.

- Le nourrisson tente d'agripper la nourriture des autres.
- Le nourrisson ne fait pas ses nuits.
- La fréquence des boires augmente ou diminue.
- Le nourrisson prend rapidement du poids.
- Le nourrisson stagne au niveau de sa courbe pondérale.

LE SAVIEZ-VOUS ?

La présence ou l'absence des dents n'est pas un indicateur du moment idéal pour l'amorce des aliments solides. Certains bébés verront leur première dent apparaître très tôt, tandis que d'autres devront patienter un peu plus longtemps. Le travail de la langue et des gencives est suffisant pour assurer une préparation adéquate des aliments en bouche.

Comment savoir que bébé est prêt?

Puisque chaque enfant se développe à son propre rythme, il est impossible d'établir précisément le bon moment pour amorcer la DME. Par contre, certaines conditions semblent être essentielles:

- Le nourrisson a 6 mois ou plus.
- Le nourrisson peut rester assis seul, sans aide.
- Le nourrisson possède un meilleur contrôle de la tête: il peut la tourner de gauche à droite et la bouger de haut en bas.
- Le nourrisson doit être capable de tenir et porter des objets/aliments à sa bouche seul.

Si toutes ces conditions sont remplies, il est fort probable que bébé soit prêt pour la DME. Il est temps de tenter l'introduction des aliments solides. **Il faut toutefois garder en tête que chaque bébé a un rythme de croissance et de développement qui lui est propre.** Puisque la DME permet à bébé de se nourrir seul et à son propre rythme, il commencera à se nourrir uniquement lorsqu'il en aura la capacité. Le rôle du parent est toutefois de s'assurer que les conditions listées ci-dessus soient préalablement remplies. Pour le reste, c'est bébé qui mène.



QUESTION DE PARENTS

***Notre bébé semble souvent avoir très faim,
mais il n'a que trois mois et demi.
Devrions-nous commencer l'introduction
des solides plus rapidement que prévu?***



Peu importe la situation, si bébé ne présente pas les 4 conditions essentielles à la DME, il faut continuer à patienter avant de passer à l'étape suivante. L'augmentation des boires peut être reliée à une poussée de croissance ou à un besoin passager de boire plus de lait. À titre indicatif, les poussées de croissance surviennent habituellement autour de :

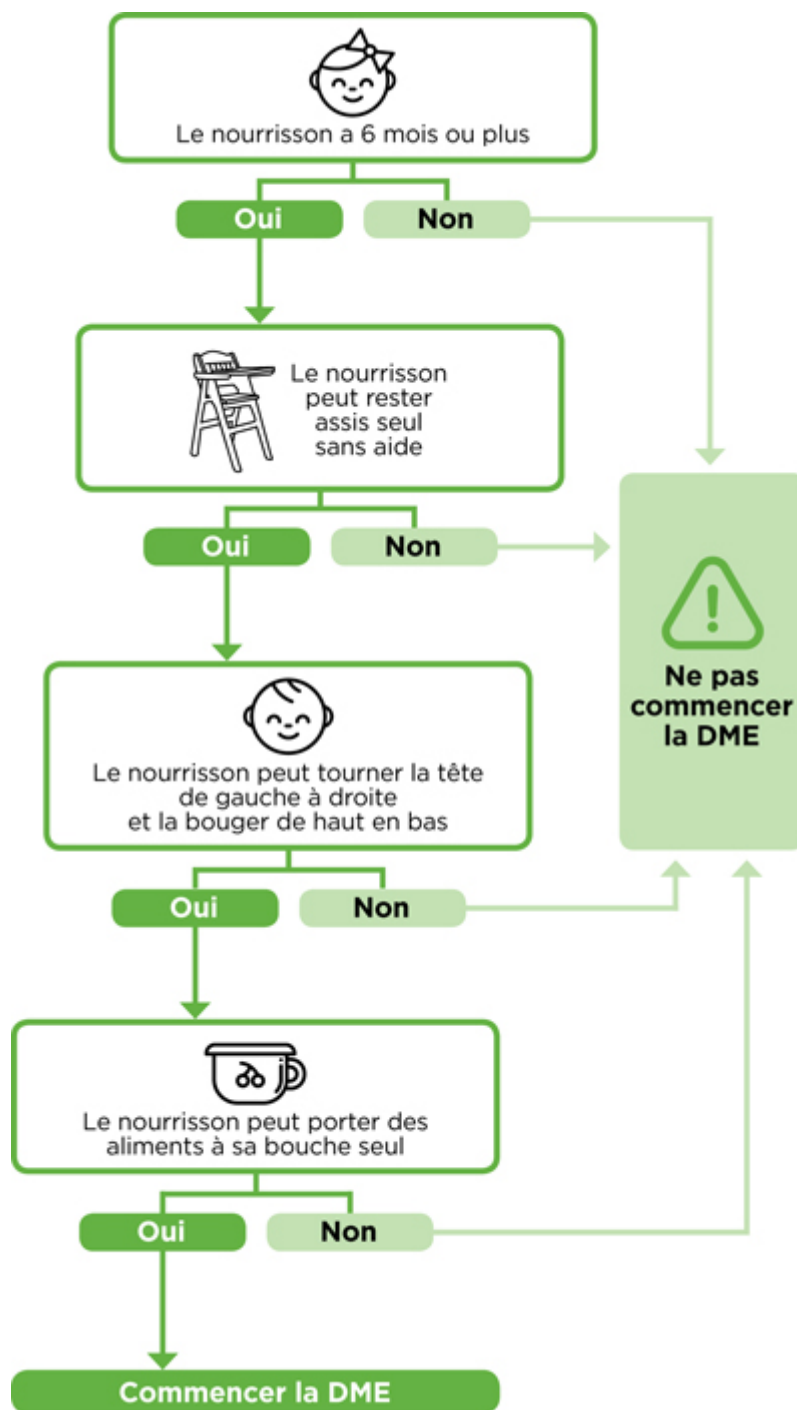
- 7 à 10 jours
- 3 à 6 semaines
- 3 à 4 mois

Durant ces périodes, il est normal que bébé veuille davantage de lait maternel et/ou de préparation pour nourrissons. S'il semble avoir faim, ne pas hésiter à lui en offrir de plus grandes quantités, plus souvent. Ce changement de rythme est passager et risque de ne durer que quelques jours. La grosseur de bébé, qu'il soit «dodu» ou «maigrichon», ne doit pas influencer la quantité de lait offerte. Il ne faut pas s'inquiéter, il est impossible qu'un bébé en santé consomme trop de lait à ce stade.

Prêt – Pas prêt!

Voici maintenant un algorithme des signes qui indiquent que bébé est prêt pour la DME. Il s'agit de répondre aux questions et de suivre les flèches. **Si la réponse à une des étapes est non, il n'est pas recommandé de commencer la DME.** Dans ce cas, il faut retourner à la première case et attendre de pouvoir répondre *oui* à l'ensemble des questions.





Chapitre 4

**L'ABC DE LA
DÉGLUTITION**

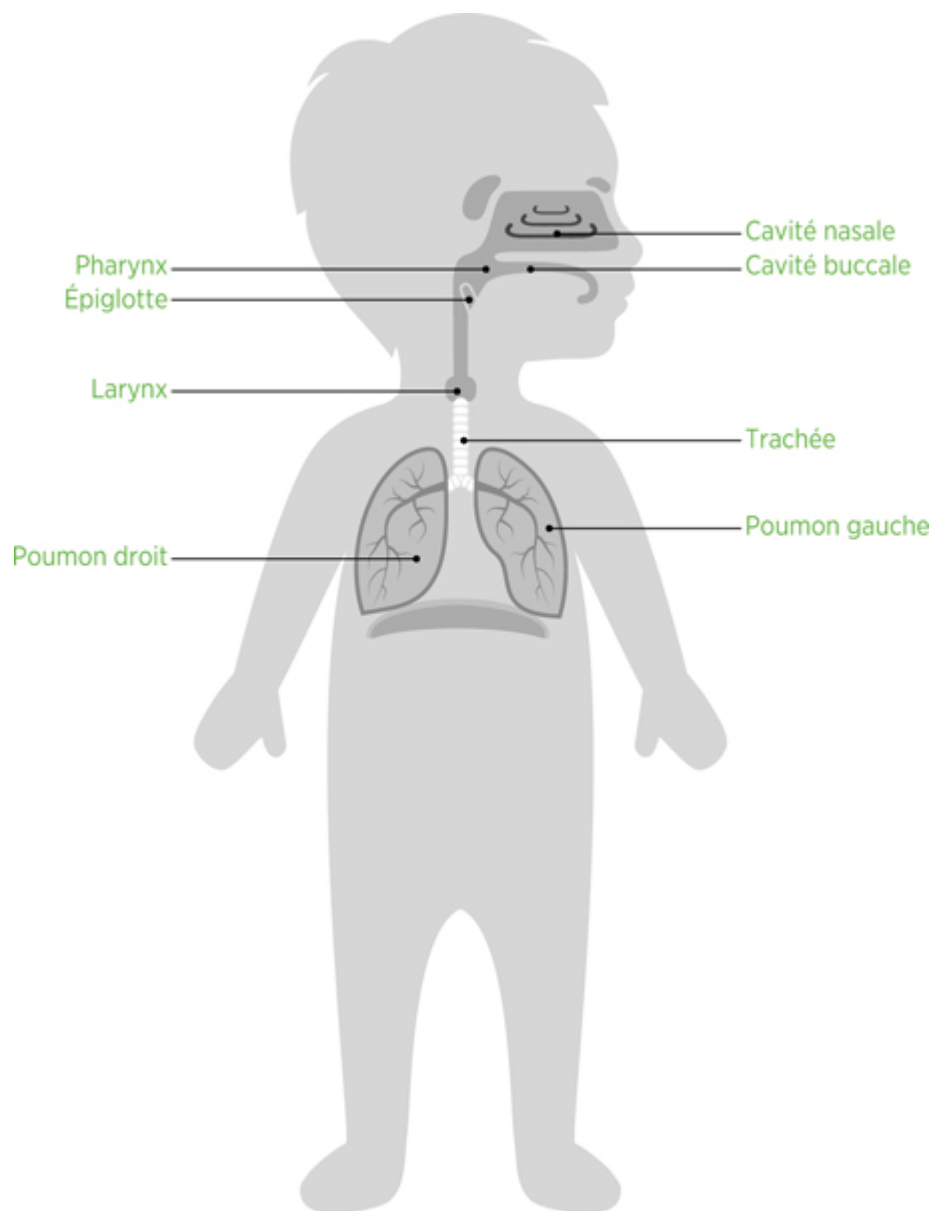


Maintenant que vous avez déterminé si bébé est prêt pour la DME, il est temps d'explorer les bases anatomiques et physiologiques de la déglutition.

Ce chapitre a comme objectif de présenter de manière simplifiée les différentes notions entourant le passage des aliments de la bouche jusqu'à l'estomac. Certaines situations particulières telles que le réflexe vomitif, les obstructions partielles et l'étouffement ou la suffocation seront aussi abordées afin d'apprendre à bien les distinguer et savoir comment réagir lorsqu'elles se présentent.

Notions théoriques

Par définition, la déglutition est «un acte volontaire et réflexe qui décrit le passage des aliments, des médicaments et de la salive de la bouche vers l'estomac». Chaque bouchée requiert l'implication d'une multitude de muscles, de nerfs et de structures. Afin de mieux comprendre ce processus complexe, voici un schéma illustrant les principales structures associées.



NOTE: Les citations incluses dans ce chapitre proviennent de l'Association professionnelle des nutritionnistes experts en dysphagie (APNED).

Quelques définitions utiles

Palais: Plafond de la bouche. On retrouve un palais dur à l'avant et un palais mou à l'arrière. Le palais mou, aussi nommé voile du palais, est une structure musculaire mobile qui joue un rôle crucial dans la déglutition.

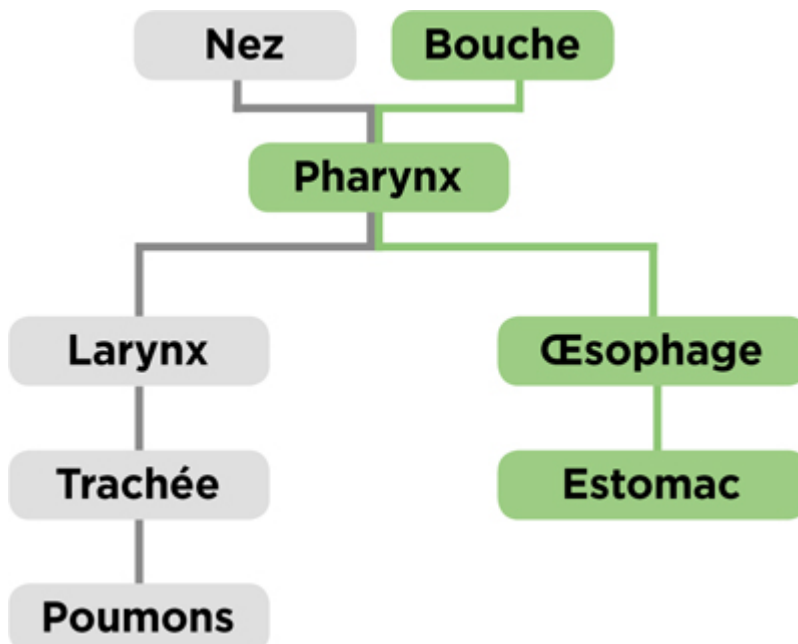
Pharynx: Carrefour entre les voies respiratoires et les voies digestives. Il sert notamment à acheminer les aliments de la bouche vers l'œsophage.

Œsophage: Prolongation du pharynx qui poursuit le transport de la nourriture jusqu'à l'estomac.

Larynx: Intermédiaire entre le pharynx et la trachée. Cette structure renferme les cordes vocales et est responsable de la voix.

Trachée: Suite du larynx qui permet à l'air de se rendre aux bronches et finalement aux poumons.

Bol alimentaire (bolus): Aliments mastiqués, enduits de salive et prêts à être avalés.



Phases de la déglutition

PHASE ANTICIPATOIRE

«Phase volontaire qui constitue l'étape avant la mise en bouche des aliments»

Cette phase regroupe toutes les actions accomplies avant de prendre la première bouchée. Elle comprend:

- La préparation des aliments et leur disposition sur la tablette de la chaise haute
- Le début de la salivation
- L'ajustement de la posture
- L'observation des aliments
- La stimulation des différents sens
- La préhension des ustensiles ou des aliments
- La détermination de la grosseur des bouchées et du rythme d'alimentation

PHASE ORALE PRÉPARATOIRE

«Phase volontaire de durée variable qui consiste à préparer la nourriture, avec ou sans mastication et à rassembler le bolus à l'aide de la langue, des lèvres et des joues vers le centre de la langue»

C'est au cours de cette phase que se forme le bol alimentaire. Afin d'éviter que la nourriture s'écoule dans le pharynx trop rapidement, le voile du palais est automatiquement tiré vers le bas, ce qui permet de retenir les aliments dans la bouche. La durée de la phase orale préparatoire peut varier en fonction des propriétés physiques des aliments tels que la température, la texture, le goût ou autres caractéristiques. **Lors de l'introduction des aliments solides, cette phase peut paraître plutôt longue. Ceci est normal; bébé découvre un univers qui lui était complètement inconnu. Il gagnera de la rapidité avec l'expérience.** De plus, la préparation des

aliments en morceaux dans la bouche est généralement plus longue que celle des liquides ou des purées.

Tel qu'énoncé par Santé Canada: «Les nourrissons transforment les aliments au moyen de quatre actions liées à l'âge: téter, sucer, mâcher et mastiquer.» Voici un autre principe de base en DME: les habiletés de mastication évoluent parallèlement aux besoins nutritionnels des nourrissons. De la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois, ils maîtrisent les habiletés motrices nécessaires pour téter et sucer. Par la suite, ils développent leur capacité à mâcher. C'est grâce aux mouvements verticaux (de haut en bas) de la mâchoire que bébé peut apprécier certains aliments solides. Finalement, ils apprennent à mastiquer aux environs de 8 à 12 mois. Les mouvements latéraux (de gauche à droite) de la langue aident au transport des aliments vers les dents ou gencives, permettant ainsi aux nourrissons de croquer et de mastiquer leurs aliments.

PHASE ORALE DE TRANSPORT

«Phase volontaire pendant laquelle le bolus est propulsé vers le pharynx à l'aide de la langue»

Cette phase est habituellement très rapide, soit de 1 à 1,5 seconde. Afin de compléter cette phase, le bout de la langue se colle derrière les incisives supérieures (dents à l'avant) et le dos de la langue se colle au palais. Le voile du palais s'élève et commence à libérer l'accès au pharynx.

PHASE PHARYNGÉE

«Phase réflexe qui décrit la fermeture des voies aériennes, le déplacement du bolus à travers le pharynx et l'ouverture des voies digestives pour permettre le passage du bolus vers l'œsophage»

Bien que l'on soit conscient d'avaler, cette phase s'effectue de manière involontaire. Communément nommée «réflexe de déglutition», elle est déclenchée lorsque le bol alimentaire atteint le pharynx. Au même moment, divers mécanismes de protection des voies respiratoires s'enclenchent afin de permettre de déglutir de manière sécuritaire. La respiration est

temporairement interrompue, puisque les fosses nasales et le larynx se ferment. La coordination de ces mouvements prévient les obstructions partielles, ainsi que l'étouffement. Ceci permet aussi d'éviter que les aliments ressortent par le nez (régurgitations nasales). Finalement, l'entrée de l'œsophage s'ouvre pour que le bol alimentaire puisse poursuivre sa route vers l'estomac.

PHASE ŒSOPHAGIENNE

«Phase réflexe décrivant l'avancée du bol alimentaire de la partie supérieure de l'œsophage à sa partie inférieure pour se rendre à l'estomac»

Cette phase vient compléter le processus de déglutition. De petites contractions musculaires aidées par la gravité font descendre le bol alimentaire jusqu'à l'estomac. Une fois le bolus acheminé, une valve vient refermer l'œsophage pour empêcher le reflux. Le reflux gastrique peut être une problématique chez certains nourrissons (se référer au [chapitre 9](#) pour plus d'information).

Réflexe vomitif («GAG»)

À différencier de l'étouffement, le réflexe vomitif est un mécanisme de protection indispensable au nourrisson. Divers termes sont utilisés pour décrire ce phénomène: réflexe vomitif, gag, réflexe nauséeux, haut-le-cœur et réflexe anti-étouffement. Ces derniers sont tous équivalents.

Lors de l'introduction des aliments solides, bébé peut avoir des haut-le-cœur, tousser, cracher certains aliments et même vomir par moments. Il ne faut pas s'inquiéter. Ce sont des réflexes normaux qui visent à protéger l'enfant contre l'étouffement. Lorsque certains aliments trop gros se rendent trop loin dans la bouche de bébé, le réflexe vomitif est déclenché et les aliments sont ramenés vers l'avant de la bouche. De ce fait, le nourrisson peut poursuivre la préparation du bol alimentaire et ainsi avaler des morceaux de bonne grosseur.

Le réflexe vomitif est présent chez le nourrisson dès son jeune âge. Bien que son intensité diminue avec le temps, ce réflexe demeure actif même à

l'âge adulte. Lors de l'introduction des solides, le réflexe vomitif est habituellement stimulé à partir du deuxième tiers de la langue. **Dès qu'un aliment trop gros ou même que les doigts touchent cette partie de la langue, il est possible que bébé ramène l'aliment vers l'avant de sa bouche ou le recrache. Ceci constitue pour lui un apprentissage important.** Suivant un peu le principe d'essais-erreurs, bébé détermine lui-même la grosseur des bouchées qu'il peut avaler. Il découvre aussi l'endroit où il peut mettre ses doigts ou un ustensile dans sa bouche sans enclencher le réflexe. Graduellement, avec l'âge, la région sensible diminuera et ce n'est que le quart postérieur de la langue qui mènera au réflexe vomitif. Finalement, plus bébé s'habitue à manger seul, moins son réflexe vomitif sera sollicité lors des repas.

La période d'adaptation peut varier d'un enfant à l'autre. Par contre, si le nourrisson semble encore recracher sa nourriture et continue à avoir des haut-le-cœur quelques semaines après l'introduction des aliments solides, il serait important d'en parler à un professionnel de la santé afin de s'assurer que bébé comble ses besoins nutritionnels et qu'il ne présente pas de pathologies sous-jacentes.

Plusieurs voient cet apprentissage comme l'un des plus grands avantages de la diversification alimentaire menée par l'enfant: on laisse bébé s'initier aux aliments pendant que le réflexe vomitif est encore très présent et sensible. Ceci permet au nourrisson d'apprendre de manière autonome et plus sécuritaire. De plus, le recul progressif de ce réflexe vers l'arrière de la langue coïncide souvent avec l'amélioration du contrôle et des habiletés de bébé au repas. Il évolue donc au même rythme que bébé.

En résumé, si bébé présente des haut-le-cœur et recrache certains aliments, il ne faut surtout pas paniquer. Il est important de laisser bébé gérer seul ses aliments. En voulant l'aider, on peut parfois lui nuire. De plus, cela ne veut pas nécessairement dire qu'il n'aime pas l'aliment servi: il est possible qu'il ait simplement essayé d'avalier un trop gros morceau. Il faut se rappeler que le nourrisson ne fait que commencer à manger et qu'il apprend à chaque bouchée. Il suffit de rester calme, de demeurer à

proximité du nourrisson, d'être attentif à ses réactions et d'agir en cas de besoin (voir [sections suivantes](#)).



QUESTION DE PARENTS

Notre bébé n'a que quelques mois et semble toujours sortir la langue lorsqu'on touche ses lèvres. Est-ce qu'il s'agit du réflexe vomitif?



Dans ce cas, il s'agit probablement du réflexe d'extrusion, un autre réflexe habituellement présent chez les jeunes nourrissons. Lorsque leurs lèvres sont touchées, les bébés ont comme réflexe de pousser leur langue vers l'extérieur. Ceci facilite l'allaitement et/ou l'acceptation du biberon. De plus, ce réflexe aide à prévenir les étouffements, car les jeunes nourrissons rejettent tous les éléments solides qui entrent dans leur bouche. Ce réflexe s'estompe graduellement vers l'âge de 4 à 6 mois, mais cela peut varier grandement d'un enfant à l'autre. On suggère d'attendre que ce réflexe soit disparu avant de passer à l'introduction des solides. Dans le cas contraire, l'enfant va continuellement expulser les aliments solides de sa bouche. En amorçant l'introduction des solides à l'âge de 6 mois, tel que requis en DME, bébé devrait avoir délaissé le réflexe d'extrusion et être prêt à consommer des morceaux.

Fausse route (Obstruction partielle)

La fausse route est un autre phénomène observé lors de la déglutition qui peut s'apparenter au réflexe vomitif et à l'étouffement. **Cet événement porte bien son nom: l'aliment s'aventure momentanément à l'entrée des voies respiratoires avant d'être renvoyé dans les voies digestives. L'aliment prend donc la «fausse route».** À cet instant, une obstruction partielle des voies respiratoires se produit. Toutefois, divers mécanismes de protection naturels, tels que la toux et le dérhumage, permettent habituellement à l'enfant de déloger l'aliment par lui-même. Telle qu'on la connaît, la toux est une expiration brusque, saccadée et bruyante de l'air contenu dans les poumons. De son côté, le dérhumage consiste plutôt à se racler la gorge en expirant. Ces deux actions peuvent être faites de manière volontaire ou par réflexe. De plus, elles ont un rôle commun: dégager les voies respiratoires. Ce sont ces deux mécanismes qui viendront en aide à l'enfant lors de fausses routes.

Voici quelques conseils à suivre lorsqu'on soupçonne que bébé fait une fausse route, c'est-à-dire qu'il tente de tousser et de se dérhumer lors du repas:

À FAIRE

- Laisser le nourrisson dans sa chaise haute.
- Tant que bébé émet des sons, le laisser gérer la bouchée seul.
- Encourager l'enfant à tousser et à se dérhumer en montrant l'exemple.
- Rester calme, mais être prêt à agir si la situation s'aggrave.

À NE PAS FAIRE

- Donner des petits coups et des tapes dans le dos du nourrisson.
- Mettre ses doigts dans la bouche de bébé pendant qu'il tente de tousser.
- Avoir des réactions brusques.

En voulant agir avec rapidité, on peut augmenter le risque que l'aliment se déplace et crée une obstruction complète des voies respiratoires, c'est-à-dire entraîner un étouffement plutôt qu'une fausse route. Tout en restant vigilant, il faut avoir confiance que le nourrisson réussira à déloger ses

voies respiratoires sans aide externe. Si les signes et symptômes évoluent et que la fausse route semble se transformer en étouffement, il faut alors intervenir.

Étouffement (Obstruction complète)

Toujours d'après l'Association professionnelle des nutritionnistes experts en dysphagie (APNED), **l'étouffement se définit comme étant l'«obstruction complète des voies respiratoires provoquant l'asphyxie et le décès si la manœuvre de Heimlich s'avère inefficace pour désobstruer les voies respiratoires»**. Cette obstruction est habituellement interne et causée par un aliment ou un petit objet.

De son côté, la suffocation représente aussi une obstruction des voies respiratoires. Toutefois, il s'agit d'une obstruction externe par un objet qui vient bloquer le nez et la bouche. Il est donc rare que la suffocation soit causée par des aliments. Ce type d'accident survient plus souvent avec des sacs en plastique, des éléments de literie ou d'autres objets.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Dans la plupart des familles, le niveau de stress lié à la peur de l'étouffement diminue après les premières semaines. Les premiers repas peuvent toutefois être une grande source d'anxiété. Il ne faut pas hésiter à consulter un diététiste-nutritionniste afin de recevoir aide et conseils tout au long de cette belle aventure.

Selon le *National Library of Medicine* (traduction libre), voici les signes d'étouffement chez le nourrisson:

- Toux faible et inefficace

- Sons aigus lors de l'inhalation
- Incapacité de pleurer ou de produire des sons
- Peau qui devient bleutée
- Difficulté à respirer: les côtes et la poitrine sont tirées vers l'intérieur
- Perte de conscience si le blocage n'est pas dégagé
- Enfant plus âgé: peut se prendre la gorge avec une main

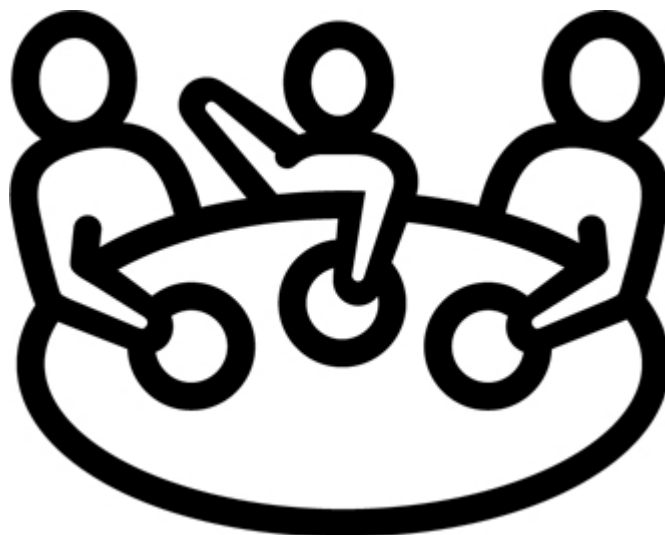
Si l'enfant présente un ou plusieurs des signes d'étouffement énumérés ci-dessus, il faut agir rapidement. Par contre, si le nourrisson présente encore une forte toux, de grands sanglots ou une bonne respiration, il n'est pas suggéré d'agir immédiatement. Souvent, la toux et les pleurs sont assez puissants pour déloger l'objet ou l'aliment des voies respiratoires. Il est primordial de ne pas gêner les efforts de l'enfant et d'éviter de lui donner de petites tapes dans le dos. Il faut le surveiller de près et lui porter secours uniquement lorsque nécessaire.

Il est fortement conseillé de suivre des cours de base en réanimation cardiorespiratoire (RCR) afin d'apprendre exactement comment réagir en cas d'étouffement. Des formations en RCR pour nourrissons et pour enfants sont offertes par la *Fondation des maladies du cœur*, par *Ambulance St-Jean* et par la *Croix-Rouge*. Ces cours s'adressent non seulement aux parents, mais aussi aux éducateurs en milieu de garde, enseignants, gardiennes, sauveteurs et à toute autre personne intéressée.

RAPPEL

Il est impossible de prévenir tous les étouffements alimentaires, et ce, quelle que soit la technique d'introduction des solides utilisée, traditionnelle ou DME. La vigilance des parents demeure cruciale.

Les informations suivantes, proposées par la *Croix-Rouge*, résument les étapes à suivre en cas d'étouffement chez les bébés et jeunes enfants. Il est à noter que celles-ci ne remplacent en aucun cas les formations en secourisme.



A BÉBÉ DE MOINS DE 1 AN

1. Placez le bébé sur le ventre, la tête vers le bas, le corps sur votre main et votre avant-bras. Soutenez-lui fermement la tête en lui tenant la mâchoire. Posez votre avant-bras sur votre cuisse.
2. Avec la paume de la main, donnez 5 tapes fermes entre ses omoplates (les 2 os plats situés dans le haut du dos).
3. Si l'objet n'a pas été expulsé, placez le bébé le dos sur vos cuisses, sa tête vers le bas. Soutenez sa tête avec votre main.
4. Tracez une ligne imaginaire entre ses mamelons et placez 2 doigts juste sous cette ligne.

5. Exercez 5 pressions suffisantes pour que la poitrine enfonce de 1/3 à 1/2 de sa profondeur.
6. Alternez les tapes dans le dos et les poussées thoraciques jusqu'à ce que l'objet soit délogé ou jusqu'à ce que le bébé commence à pleurer, à respirer ou à tousser ou jusqu'à ce qu'il perde conscience.

* Si l'objet est délogé ou si le bébé pleure, respire ou tousse, réconfortez-le, calmez-le et gardez-le au chaud. Et surtout, consultez un médecin.

* Si le bébé perd conscience, appelez le 9-1-1. On vous guidera pour les étapes suivantes.



B ENFANT DE PLUS DE 1 AN

1. Placez-vous derrière l'enfant (à genoux si l'enfant est très jeune).

2. Avec le talon de votre main, donnez 5 tapes fermes entre les omoplates.
3. Si l'objet n'a pas été délogé, formez un poing avec votre main et placez-le juste au-dessus du nombril. Placez l'autre main par-dessus.
4. Exercez des poussées rapides vers l'intérieur et vers le haut de l'abdomen.
5. Continuez les poussées jusqu'à ce que l'objet soit délogé ou que l'enfant perde conscience.

*** Si l'objet est délogé ou si le bébé pleure, respire ou tousse, réconfortez-le, calmez-le et gardez-le au chaud. Et surtout, consultez un médecin.**

*** Si le bébé perd conscience, appelez le 9-1-1. On vous guidera pour les étapes suivantes.**

LE SAVIEZ-VOUS ?

Selon le Bureau du coroner en chef, aucun cas de décès relié à la DME chez les enfants de moins de 1 an n'a été recensé au Québec, depuis l'année 2000 (données antérieures non validées). En effet, les cas de décès par obstruction des voies respiratoires causée par des aliments n'ont jamais inclus des nourrissons pratiquant la DME.



EN RÉSUMÉ

PHÉNOMÈNE	PARCOURS DE L'ALIMENT	ACTION À PRENDRE
RÉFLEXE VOMITIF « GAG »	Un aliment trop gros ou mal mastiqué se rend à l'arrière de la langue, mais est rapidement renvoyé vers l'avant de la bouche pour permettre une meilleure préparation du bol alimentaire.	Laisser bébé compléter son « gag ». Rester calme et attentif.
FAUSSE ROUTE	Un aliment se rend momentanément jusqu'à l'entrée des voies respiratoires plutôt que dans les voies digestives. Cet aliment est rapidement renvoyé du côté des voies digestives grâce aux mécanismes naturels de protection de l'enfant.	Laisser bébé tousser et se dérhumer afin de déloger l'aliment en question. Rester calme et attentif.
ÉTOUFFEMENT	Un aliment emprunte le mauvais chemin et vient se loger dans les voies respiratoires. Il bloque ainsi le passage de l'air.	Suivre le protocole de la Croix-Rouge ou mettre en application les connaissances apprises lors des cours en réanimation cardiorespiratoire.

Chapitre 5

**LES PRÉCAUTIONS
À PRENDRE**



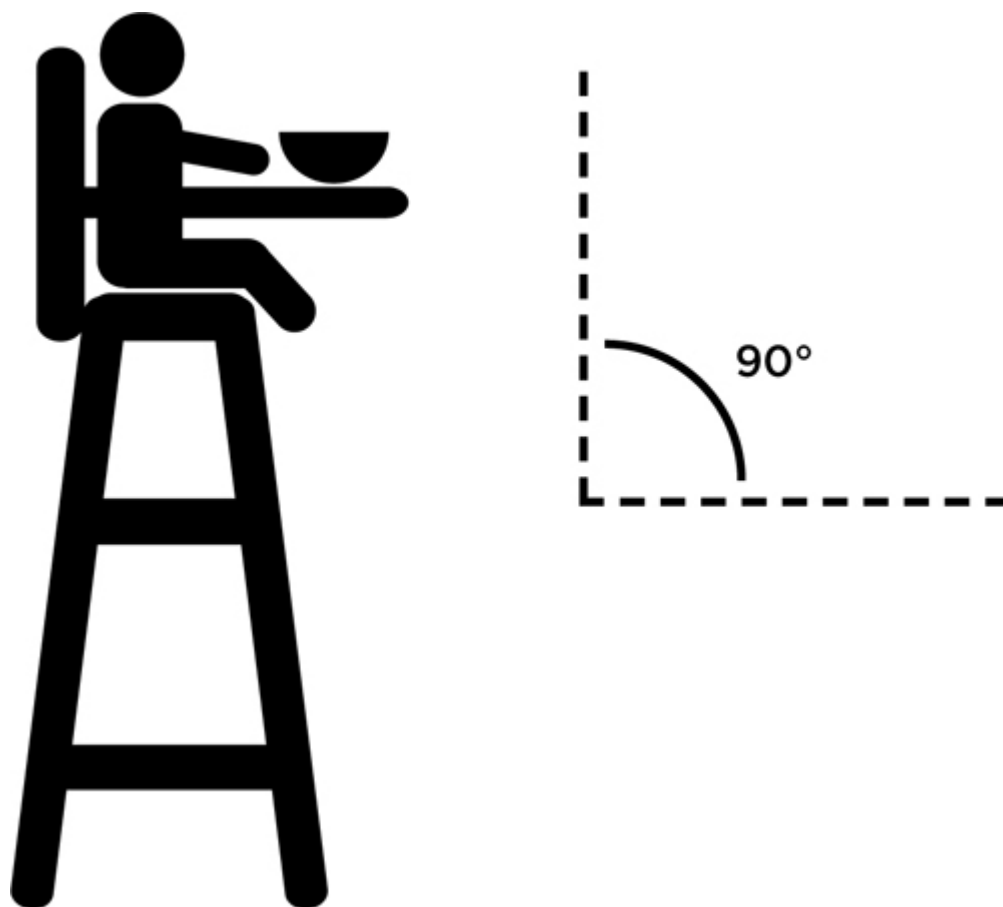
Bien que la diversification alimentaire menée par l'enfant soit une technique d'introduction des solides sécuritaire lorsque pratiquée telle que décrite dans cet ouvrage, il est impossible de prévoir tous les accidents.

Dans le chapitre précédent, les mécanismes de protection présents en lien avec la déglutition chez l'enfant et les différentes techniques à exercer en situation d'urgence ont été abordés. Afin d'éviter d'avoir à mettre en application ces notions, il existe des consignes à respecter, qui permettent de limiter les risques d'accident et d'éviter certaines situations plus dangereuses. Voici 10 règles d'or résumant les principales mesures de sécurité à appliquer dans le cadre de la DME.

Règles d'or

1. Le nourrisson doit être assis au moment du repas.
2. L'état d'éveil doit être suffisant.
3. L'enfant doit porter seul les aliments à sa bouche.
4. Des aliments sécuritaires doivent être offerts.
5. Une supervision doit être assurée en tout temps pendant le repas.
6. Une personne doit manger en même temps que l'enfant.
7. Les allergies alimentaires doivent être surveillées lors de l'introduction des solides.
8. Il doit y avoir une ambiance calme au repas.
9. L'hygiène buccale doit être assurée à la fin de chaque repas ou collation.
10. L'hygiène et la salubrité des aliments doivent être respectées en tout temps.

1 LE NOURRISSON DOIT ÊTRE ASSIS AU MOMENT DU REPAS.



Au moment de commencer la DME, il faut s'assurer que bébé soit capable de se tenir en position assise, sans soutien et sans aide. Ceci implique que le nourrisson ait une bonne maîtrise des muscles de son dos et de son cou. Comme indice, il est possible de vérifier si l'enfant réussit à tourner la tête pour exprimer un refus.

Bien que certains parents décident d'asseoir leur enfant sur leurs cuisses pour entamer la DME, il est préférable d'installer l'enfant dans une chaise haute pour assurer une meilleure stabilité. Il faut que bébé reste assis verticalement de manière sécuritaire et qu'il n'y ait aucun risque de chute. On peut ajouter quelques serviettes ou coussins autour de l'enfant pour son confort. **Ceci représente la seule position acceptable; on ne doit jamais offrir un repas à bébé lorsqu'il est assis dans un siège d'auto, dans une poussette, dans un fauteuil inclinable ou tout autre type de chaise.** Dans le même ordre d'idées, il ne faut jamais offrir d'aliments à bébé lorsqu'il est couché ou assis dans son lit de bébé.

Il n'est pas rare de voir de jeunes enfants manger en se déplaçant. Bien qu'il soit peu probable que l'enfant marche à 6 mois, ce comportement est à éliminer. Il faut éviter d'offrir de la nourriture aux nourrissons lorsque ces derniers circulent. On veut plutôt instaurer une routine de repas où l'enfant est assis et mange à la table en même temps que le reste de la famille. Ceci élimine aussi plusieurs dangers reliés au risque d'étouffement.

2 L'ÉTAT D'ÉVEIL DOIT ÊTRE SUFFISANT.

Lors de l'introduction des aliments solides, il est primordial que bébé ait un état d'éveil suffisant, et ce, tout au long du repas. Certains trouveront très adorable de photographier leur nourrisson en train de somnoler, le visage enfoui dans ses spaghettis, mais cette pratique n'est toutefois pas sécuritaire. **Si l'enfant est incapable de rester réveillé au moment du repas, il est préférable de cesser le repas et de laisser bébé dormir. L'enfant pourra attendre au prochain repas pour manger.** Si bébé semble toutefois avoir faim au réveil, ne pas hésiter à lui offrir le sein et/ou une préparation pour nourrissons et/ou une collation.

3 L'ENFANT DOIT PORTER SEUL LES ALIMENTS À SA BOUCHE.

Concept à la base de la diversification alimentaire menée par l'enfant, il est essentiel de laisser l'enfant se nourrir seul. **Selon les principes de la DME, il ne faut jamais mettre d'aliments dans la bouche du bébé. Le parent s'occupe de l'offre et de la qualité des aliments, tandis que l'enfant s'occupe des quantités.** Le rôle des parents est donc de déposer une série d'aliments devant l'enfant et de le laisser faire ses choix à son propre rythme. Ce principe s'applique aussi en ce qui concerne l'utilisation des ustensiles. Bien que l'on désire aider l'enfant à tenir la cuillère ou à piquer avec la fourchette, on doit le laisser faire ses propres découvertes. Le fait de manger avec l'enfant et d'être présent à titre d'exemple est suffisant pour appuyer ces apprentissages.

À table, un enfant qui s'alimente seul est habituellement un enfant confiant et en possession de ses moyens, ce qui lui permet de découvrir les aliments d'une manière sécuritaire. L'enfant apprend à bien gérer ses

bouchées par l'entremise d'expériences. L'enfant associe rapidement les différentes réactions en bouche (réflexe vomitif, fausse route) à la grosseur des aliments ingérés. Après avoir mangé un trop gros morceau à plusieurs reprises, il comprendra par lui-même la nécessité de prendre de plus petites bouchées. Cet événement risque de se reproduire de moins en moins souvent, jusqu'à ce que bébé ait déterminé son seuil de tolérance. En acquérant ce contrôle très tôt, bébé diminue les risques d'étouffement au repas.

4 DES ALIMENTS SÉCURITAIRES DOIVENT ÊTRE OFFERTS.

Il faut toujours veiller à offrir à bébé des aliments sécuritaires en fonction de son âge et de son stade de développement. Le [chapitre 6](#) abordera les différentes phases de la DME et donnera de plus amples informations à ce sujet. Voici, d'ores et déjà, quelques informations cruciales quant aux aliments à offrir à bébé pour assurer sa sécurité.

Les images qui suivent représentent l'évolution de la taille réelle de la trachée:

				
Naissance: 4,1-7,8 mm	1 an: 4,8-8,3 mm	4 ans: 5,8-9,5 mm	Pièce de monnaie: ± 18 mm	Adulte: 21-27 mm

En gardant cette image en tête, il faut éviter de donner au nourrisson tout aliment de la même grosseur ou qui pourrait venir épouser la forme de la trachée, causant ainsi une obstruction complète.

Les aliments suivants sont à éviter avant l'âge de 4 ans de par leur forme et texture:

- Les bonbons durs
- La gomme à mâcher
- Le maïs soufflé
- Les guimauves
- Les raisins secs, canneberges séchées et autres petits fruits déshydratés
- Les arachides ou autres noix
- Les graines
- Les poissons avec arêtes

Sans les proscrire, d'autres aliments nécessitent une préparation spéciale avant d'être offerts aux nourrissons:

- Les petits aliments ronds (ex.: raisins, tomates cerises): à couper en deux ou en quatre.
- Les aliments cylindriques (ex.: saucisses à hot-dog): à couper dans le sens de la longueur.
- Les légumes, par exemple:
 - Carottes, navets, céleris: à râper ou à ramollir grâce à la cuisson (cuits très tendres).
 - Brocolis, choux-fleurs: à blanchir (immerger dans l'eau bouillante pendant 60 secondes).
 - Concombres, champignons, tomates: aucune cuisson requise.
- Les fruits: enlever tous les noyaux, pépins et graines.
- Les aliments collants:
 - Pain frais: à faire griller.
 - Tartinades épaisses et beurres de noix: à étendre finement sur des craquelins, rôties ou autres.

Il est important d'offrir des aliments qui seront adaptés au développement du bébé. Dans les premières semaines de DME, la force masticatoire de l'enfant n'a pas encore atteint son plein potentiel. Il s'agit

donc de débiter par des aliments qui ne sont pas trop fermes pour permettre à l'enfant d'apprécier son expérience et d'ingérer le contenu du repas en toute sécurité. Au fur et à mesure que les capacités masticatoires de l'enfant s'amélioreront et que ses dents pousseront, il sera possible d'ajouter certains aliments plus fermes.

5 UNE SUPERVISION DOIT ÊTRE ASSURÉE EN TOUT TEMPS AU REPAS.

Peu importe la technique d'introduction des aliments solides, Santé Canada recommande qu'une surveillance soit exercée en tout temps pendant que le nourrisson est en train de manger. La DME est sécuritaire lorsque pratiquée selon les recommandations proposées dans ce livre. Par contre, il est impossible d'éliminer à 100% le risque d'accident. En assurant une présence constante au repas, on vient limiter ce risque. Dans l'éventualité qu'un nourrisson s'étouffe, chaque seconde est très précieuse. Si un adulte est à table et qu'il reconnaît immédiatement les signes, il pourra agir rapidement.

6 UNE PERSONNE DOIT MANGER EN MÊME TEMPS QUE L'ENFANT.

Si l'on décide d'adopter la diversification alimentaire menée par l'enfant, l'idéal est qu'une personne soit présente à table pour manger en même temps que l'enfant. **Il ne suffit pas d'être seulement assis à table, puisque l'adulte représente un modèle aux yeux du nourrisson.** En effet, les bébés sont très curieux et cherchent constamment à imiter les gens qui les entourent. C'est leur moyen d'apprendre. Selon certains, le mimétisme relève aussi de l'instinct. Imiter le comportement d'une autre personne serait une façon de s'assurer que ce dernier est sécuritaire.

En s'asseyant le plus souvent possible avec lui au repas, on aide bébé à se sentir en confiance et il sera encouragé à manger. Puisque tous devraient consommer les mêmes aliments, il peut être intéressant pour les parents de partager à même leur assiette certains aliments avec le nourrisson. Parfois, bébé se montre plus enthousiaste envers les aliments des autres qu'envers les siens! Puisque bébé regardera l'adulte manger avec attention, il est

primordial que ce dernier prenne son temps à table. Bébé pourra alors apprendre à s'alimenter de manière efficace et sécuritaire. Au départ, le nourrisson observe, puis reproduit le mouvement. Il n'est pas rare qu'il effectue de fausses manœuvres: échapper l'aliment, l'écraser sur son visage, le recracher ou autre. C'est tout à fait normal et il faut le laisser faire. Le nourrisson est en processus d'apprentissage et il améliore sa technique grâce à ses erreurs. Essayer d'aider dans ce cas peut avoir l'effet inverse et nuire. Bébé peut rapidement se montrer déconcentré, déstabilisé et même découragé. Le tout doit rester instinctif.

7 LES ALLERGIES ALIMENTAIRES DOIVENT ÊTRE SURVEILLÉES LORS DE L'INTRODUCTION DES SOLIDES.

Les informations entourant l'introduction des allergènes communs ont beaucoup évolué au cours des dernières années. Selon les plus récentes données, Santé Canada affirme que «rien n'indique que l'ordre dans lequel on introduit les aliments solides influence le risque que le nourrisson plus âgé développe une allergie alimentaire, y compris chez le nourrisson à risque d'atopie». Ceci signifie que les allergènes alimentaires prioritaires peuvent être introduits au même moment que les autres aliments, soit vers l'âge de 6 mois. Ces 10 allergènes sont responsables de 90% des réactions allergiques.

Voici les 10 principaux allergènes:

1. Arachides
2. Blé
3. Fruits de mer (poissons, crustacés et mollusques)
4. Lait
5. Moutarde
6. Noix
7. Œufs
8. Sésame
9. Soja

10. Sulfites



QUESTION DE PARENTS

Dans quel type d'aliment se retrouvent les sulfites ?



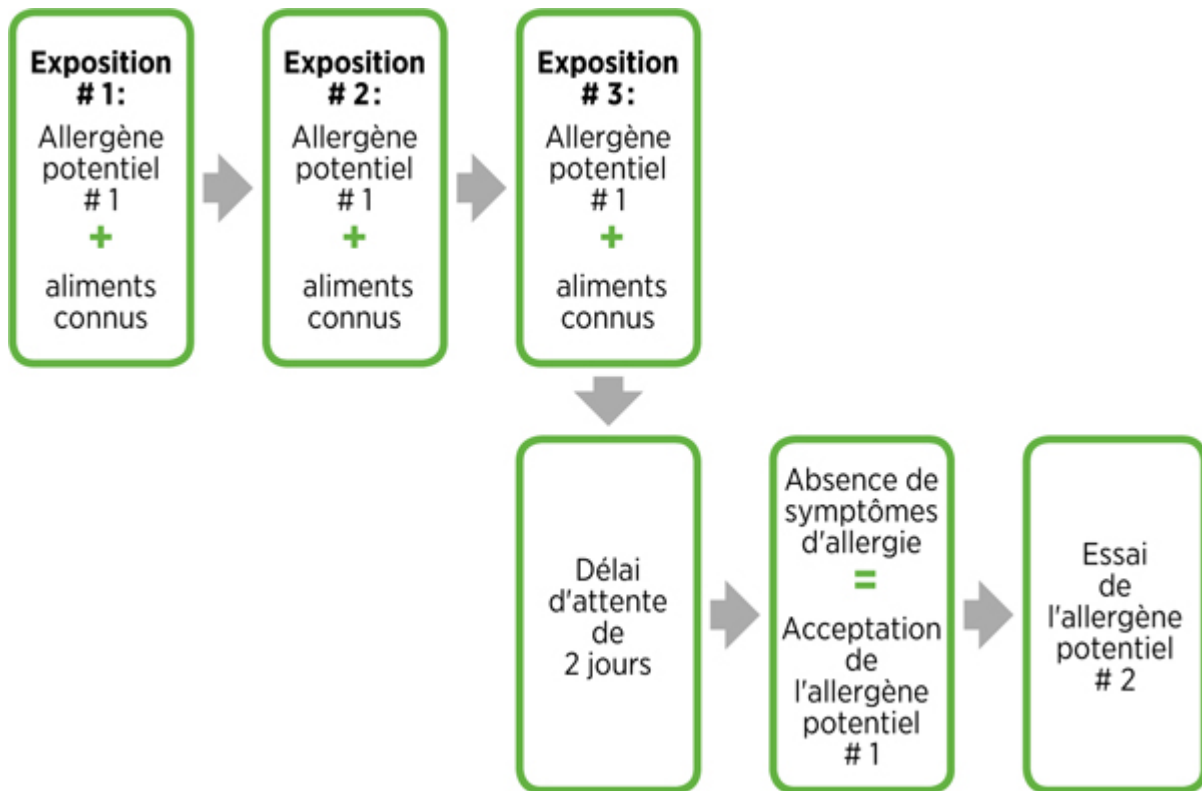
Les sulfites peuvent être présents naturellement dans les aliments ou ajoutés à titre d'additif alimentaire. Afin de déterminer quels produits en contiennent, il est possible de vérifier sur les emballages : certains produits présentent la mention « peut contenir des sulfites » et d'autres la mention « peut contenir des traces de sulfites ». Sinon, voici une liste non exhaustive de quelques aliments qui en contiennent souvent : fruits et légumes en conserve, séchés et congelés, jus de fruits et de légumes, céréales, farine et fécule de maïs, craquelins, vinaigre, condiments, pâte de tomates, charcuterie et autres.

Il existe toutefois une méthode sûre à préconiser en ce qui concerne l'introduction de ces aliments. **Lorsqu'on souhaite introduire un des 10 allergènes alimentaires les plus communs, il faut s'assurer qu'il soit offert seul au repas (c'est-à-dire qu'aucun autre aliment potentiellement allergène ne soit présent) ou qu'il soit placé en présence d'aliments introduits préalablement et n'ayant causé aucun problème.** Par la suite, il est très important d'être attentif aux possibles symptômes d'allergie. Si cet aliment ne semble pas générer de réaction allergique, il faut tenter l'expérience à deux autres reprises afin de confirmer son innocuité. Au terme des trois expositions, on peut inclure l'aliment dans l'alimentation habituelle de bébé. En procédant ainsi, il est beaucoup plus facile d'identifier l'aliment responsable en cas de réaction allergique. Aussi,

avant de passer à l'essai d'un second aliment potentiellement allergène, Santé Canada recommande d'attendre au moins deux jours pour éliminer la possibilité de réactions tardives. Attention, ce délai ne modifie pas le risque d'allergie. Il permet uniquement d'identifier plus facilement l'aliment à l'origine de la réaction. Une fois qu'un des principaux allergènes est introduit avec succès, il est important de continuer à servir cet aliment au repas régulièrement pour que bébé s'y habitue et demeure tolérant à l'allergène en question. Une réaction allergique peut aussi se manifester après quelques essais du même aliment. La vigilance est nécessaire en tout temps.



Comment introduire un allergène



Voici un exemple concret afin d'illustrer le tout:

Bébé est habitué de manger du bœuf avec du brocoli, deux aliments qui ne figurent pas sur la liste des 10 principaux allergènes alimentaires et qui n'ont donc pas nécessité une introduction particulière. On désire maintenant faire découvrir les œufs à l'enfant (allergène potentiel). Il est possible d'offrir l'aliment seul, en présence de brocoli ou en présence de bœuf, puisque ces deux aliments ont déjà été consommés sans avoir causé de réaction chez l'enfant. Si l'on désirait plutôt les introduire dans une recette de fruits de mer, mais que les fruits de mer (allergène potentiel) n'avaient pas encore été introduits, il serait préférable de changer de recette pour ne pas tester deux allergènes potentiels en même temps. Une fois la première exposition aux œufs complétée et que bébé n'a pas présenté de signes de réaction allergique, il reste encore deux autres expositions à tenter au fil des jours suivants pour pouvoir officiellement placer l'aliment parmi la liste des aliments sécuritaires. Par la suite, on attend deux jours et on refait l'expérience avec un nouvel allergène potentiel.

Les manifestations possibles de l'allergie incluent: démangeaisons de la peau, enflure aux yeux, au visage, aux lèvres, à la gorge, troubles respiratoires, vomissements, crampes, diarrhée, sensation d'oppression, perte de conscience, étourdissements, anxiété, angoisse, sensation de chaleur au visage, rougeurs et accélération du rythme cardiaque. Dans les cas plus sévères, la réaction allergique peut mener à un état de choc: le choc anaphylactique.

Les parents connaissent habituellement bébé mieux que n'importe qui. **Il faut rester très attentif et observateur, car il est possible que les premiers symptômes n'apparaissent qu'après quelques minutes, quelques heures ou quelques jours; la vigilance est de mise.** Si bébé semble réagir à un certain aliment ou en cas de doute, il est important de cesser l'introduction de cet aliment et d'aller valider cette information auprès d'un professionnel de la santé. Si bébé manifeste des symptômes sévères, il faut immédiatement appeler le 9-1-1 pour se faire décrire les prochaines étapes à suivre.

Allergies Québec
Ligne de support téléphonique
514-990-2575 poste 204



ATTENTION

Il est à noter qu'Allergies Québec recommande d'introduire chaque aliment selon la règle des 3 expositions et non pas uniquement les 10 principaux allergènes. Bien que cela ne diminue pas les risques d'allergie, cette façon de faire permet d'identifier plus facilement l'aliment responsable de la réaction, s'il y a lieu. En choisissant de pratiquer la DME, il n'est pas possible de respecter cette recommandation. En effet, puisque la DME propose de cuisiner un seul repas pour la famille, la majorité des recettes comprennent plusieurs ingrédients. Il est toutefois possible de tenir un journal alimentaire où l'on prendra des notes sur les réactions de bébé, ce qui permettra ainsi de retracer plus facilement l'aliment ayant causé la réaction.

Bien que l'adoption d'une diète particulière de la mère durant la grossesse ne modifie pas le risque d'allergies alimentaires chez le nourrisson, les études indiquent que l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de la vie de l'enfant serait relié à la prévention des allergies. Aussi, il est à noter que les nourrissons sont plus à risque d'allergies alimentaires jusqu'à l'âge de 2 ans. Ceci est dû à la perméabilité de la paroi intestinale qui laisse traverser plus de composés alimentaires pouvant mener à certaines allergies. Toutefois, il est possible de voir certaines allergies disparaître dès le jeune âge. Une réaction alimentaire en bas âge ne veut pas nécessairement dire que le bébé sera allergique toute sa vie.



QUESTION DE PARENTS

J'ai une allergie alimentaire, devons-nous prendre des précautions supplémentaires ?



Certains enfants sont plus à risque d'allergies alimentaires que d'autres. Parmi ceux-ci, on trouve ceux qui ont déjà une allergie alimentaire, ceux qui souffrent d'eczéma, d'urticaire, d'asthme ou de rhume des foins et ceux qui présentent des antécédents familiaux d'allergie alimentaire ou autre. Pour les enfants à risque, la Société canadienne de pédiatrie suggère de consulter un professionnel de la santé qui adaptera l'introduction de l'aliment en fonction du cas et du niveau de confort des parents.

8 IL DOIT Y AVOIR UNE AMBIANCE CALME AU REPAS.

L'ambiance au repas est très importante, tant pour le nourrisson que pour le reste de la famille. Elle aide à créer une routine agréable et sécurisante pour bébé. On souhaite que le nourrisson associe les aliments à une expérience positive et qu'il développe des comportements sains face aux prises alimentaires. L'atteinte de ces objectifs passe en partie par l'ambiance à table.

L'ambiance calme au repas permet notamment d'assurer une sécurité à table. Effectivement, la surstimulation peut s'avérer dangereuse pour le nourrisson. En période d'apprentissage, l'enfant doit rester concentré en tout temps. Bébé doit être bien éveillé et à l'écoute de ses réflexes et des différents signaux que son corps lui envoie. Bien qu'une stimulation ajoute

à l'éveil et à l'émerveillement de l'enfant, une surstimulation peut venir le fatiguer et augmenter les risques d'étouffement. Aussi, tel que mentionné plus en détail précédemment, les consignes de sécurité soulignent l'importance d'être à l'écoute de l'enfant lors du repas. S'il y a trop de bruits environnants ou si l'adulte est distrait, il sera beaucoup plus difficile d'être à l'écoute et d'entendre certains sons et signes avant-coureurs qui pourraient laisser présager une fausse route ou un étouffement. Si l'enfant montre des signes de fatigue en cours de repas (pleurer sans raison apparente, bâiller à maintes reprises, ne porter aucune attention aux aliments, etc.), il serait préférable de mettre fin à son repas.

Voici quelques mesures à prendre pour assurer une ambiance calme et sécuritaire autour de la table:

- Fermer la télévision.
- Ne pas écouter de musique trop forte.
- Éviter les disputes autour de la table.
- Limiter les gestes brusques ou exagérés.
- S'assurer que la pièce soit bien éclairée.
- Offrir une petite quantité d'aliments à la fois.
- Ne pas proposer de jouets au moment du repas.

9 L'HYGIÈNE BUCCALE DOIT ÊTRE ASSURÉE À LA FIN DE CHAQUE REPAS OU COLLATION.

L'Association dentaire canadienne (ADC) encourage les parents à prendre un premier rendez-vous chez le dentiste pour leurs enfants avant l'âge de 1 an ou dans les 6 mois suivant l'apparition de la première dent de lait. Par la suite, les consultations doivent devenir régulières et être poursuivies tout au long de la vie. Toutefois, la santé buccodentaire doit être prise en charge dès la naissance.

LE SAVIEZ-VOUS ?

L'alimentation de la mère lors de la grossesse peut influencer le développement buccodentaire de l'enfant. En effet, il est important de maintenir une alimentation équilibrée tout au long de la grossesse, puisque le développement des dents débute dès le premier trimestre !

Chez le nourrisson, le respect de l'hygiène buccale a comme objectif premier de prévenir la carie de la petite enfance. Celle-ci peut se développer dès l'apparition de la première dent de lait (habituellement aux alentours de 6 mois). **Par contre, il est important qu'une bonne hygiène dentaire soit assurée avant même l'apparition des dents. Ceci assure un environnement propre aux premières dents et aide à instaurer une routine d'hygiène dentaire chez l'enfant et les parents.** De plus, l'hygiène buccale après les repas permet, au besoin, de déloger les morceaux d'aliments demeurés dans la bouche de bébé.





QUESTION DE PARENTS

Pourquoi est-il important de prévenir la carie dentaire chez le nourrisson ? Il finira par perdre ses dents de lait de toute manière.



Le soin des dents de bébé est aussi important que le soin des dents d'adulte. Les caries de la petite enfance peuvent avoir plusieurs conséquences négatives chez l'enfant. Elles sont souvent associées à divers maux de dents et infections. De plus, lorsqu'elles ne sont pas traitées convenablement, elles peuvent affecter le sommeil, la croissance, l'alimentation, le comportement de l'enfant et avoir des conséquences néfastes sur le positionnement des dents d'adulte. Dans certains cas, l'estime de soi de l'enfant ainsi que sa capacité d'apprendre, de communiquer et de socialiser peuvent être affectées. Il faut donc prendre la santé des dents de lait au sérieux. On cherche à éviter les visites supplémentaires chez le dentiste. Mieux vaut prévenir que guérir !

Voici donc quelques conseils à suivre afin d'assurer la santé buccodentaire et de réduire le risque de caries au cours de la petite enfance.

Avant l'apparition de la première dent:

- Maintenir l'allaitement. Les études indiquent que les bébés allaités ont moins de caries.

- Ne jamais coucher bébé avec un biberon contenant du jus ou du lait. D'ailleurs, il n'est pas recommandé de coucher un bébé avec un biberon, même s'il ne contient que de l'eau.
- Ne pas tremper la suce de bébé dans un liquide sucré.
- Essuyer l'intérieur de la bouche du nourrisson à l'aide d'une petite serviette mouillée propre après chaque tétée ou chaque repas. Il existe aussi de petites brosses adaptées pour les bébés. Ne pas utiliser de dentifrice si bébé n'a pas encore de dents.

Après l'apparition de la première dent:

- Le brossage des dents et des gencives de l'enfant devrait être fait par un adulte jusqu'à l'âge de 3 ans.
- Brosser les dents à l'aide d'une brosse à dents à poils doux de taille adaptée: petite bouche = petite brosse à dents. Changer de brosse tous les trois ou quatre mois, car une brosse trop usée ne permet pas un lavage optimal et peut abîmer les gencives.
- Ajouter du dentifrice. La quantité utilisée devrait correspondre à la taille d'un grain de riz. Il est important de consulter un dentiste afin de déterminer s'il est approprié d'offrir un dentifrice fluoré à l'enfant.
- Introduire l'utilisation du fil dentaire dès que possible.
- S'assurer de broser les dents de l'enfant après le repas et avant le coucher.

Il est primordial de s'occuper de l'hygiène buccale de bébé. Pour toute question ou en cas de doute, il suffit de visiter ou de contacter un dentiste. C'est ce professionnel qui saura appuyer les familles quant à la mise en pratique de la routine de soins buccodentaires pour bébé.

10 L'HYGIÈNE ET LA SALUBRITÉ DES ALIMENTS DOIVENT ÊTRE RESPECTÉES EN TOUT TEMPS.

Le respect des bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité entourant la préparation, la consommation et la conservation des aliments est un élément essentiel à la sécurité alimentaire. **Les bonnes pratiques quotidiennes**

visent à réduire au minimum le risque d’empoisonnement alimentaire (aussi connu sous le nom de «toxi-infection alimentaire»). Les enfants de moins de 5 ans ont un système immunitaire qui n’a pas encore atteint sa pleine maturité. Aussi, les nourrissons produisent moins d’acide gastrique dans leur estomac, ce qui diminue la destruction des bactéries néfastes. De ce fait, ils sont plus à risque de toxi-infections alimentaires et ont plus de difficulté à se défendre contre les infections que les adultes.

Afin de réduire ces risques, voici quelques mesures à prendre au quotidien:

→ Éviter les aliments à risque de toxi-infection alimentaire.

Le tableau suivant énumère les différents aliments présentant un risque accru pour les enfants et suggère des options plus sûres (inspiré du *Guide sur la salubrité des aliments pour les enfants âgés de 5 ans et moins* produit par Santé Canada)

Type d'aliment	Aliments à éviter	Substituts plus sécuritaires
Produits laitiers	Lait cru ou non pasteurisé Fromages crus, non pasteurisés ou à pâte molle	Lait pasteurisé Fromages pasteurisés à pâte dure
Miel	Le miel, sous toutes ses formes	Attendre que l'enfant soit âgé de plus d'un an
Œufs et produits à base d'œufs	Œufs et produits à base d'œufs crus ou les œufs coulants Vinaigrettes, sauces, mélanges à gâteaux et biscuits crus et breuvages (comme le lait de poule maison) contenant des œufs crus	Plats à base d'œufs bien cuits à une température interne sécuritaire de 74 °C (165 °F) Les œufs doivent être cuits jusqu'à ce que le jaune soit solide Le lait de poule maison doit être chauffé à 71 °C (160 °F)
Viandes et volailles	Viandes ou volailles crues ou pas assez cuites comme le tartare Charcuteries non séchées	Viandes et volailles cuites à une température interne sécuritaire (voir le tableau sur les températures de cuisson interne)
Fruits de mer et poissons	Huîtres, palourdes et moules crues Fruits de mer et poissons crus comme le sushi et le tartare Poissons fumés	Huîtres, palourdes et moules cuites jusqu'à ce que la coquille s'ouvre Fruits de mer à une température interne sécuritaire de 74 °C (165 °F)
Germes « pousses » de légumes	Germes « pousses » crus de luzerne, de trèfle, de radis et les fèves germées	Germes « pousses » bien cuits
Jus de fruits	Jus de fruits non pasteurisés	Jus de fruits non pasteurisés amenés à forte ébullition puis refroidis Jus de fruits pasteurisés



QUESTION DE PARENTS

***Nous avons entendu dire qu'offrir du miel
aux jeunes enfants peut être très dangereux.
Est-ce le cas?***



En effet, la consommation de miel chez les enfants de moins de 1 an peut être reliée au botulisme infantile, une maladie rare qui peut toucher les nourrissons en santé. La bactérie *Clostridium botulinum* est en cause. Une fois ingérée, elle produit une substance toxique dans l'intestin du nourrisson contre laquelle l'intestin encore immature ne peut se défendre. Au cours du processus de fabrication, le miel (pasteurisé ou non) n'est pas chauffé suffisamment pour que la bactérie soit détruite. De plus, il n'y a pas nécessairement de signes visibles ni d'odeur qui peuvent laisser croire que la bactérie est présente. Il faut donc éviter le miel, ainsi que les recettes et les produits qui en contiennent.

Si jamais bébé consomme malencontreusement du miel, il faut rester attentif aux différents symptômes du botulisme infantile qui apparaissent habituellement 12 à 36 heures après l'ingestion du produit: constipation ou absence de selles, faiblesse généralisée, irritabilité, difficulté à respirer, pleurs faibles, réflexe de succion problématique, absence d'expression faciale, diminution de l'appétit, et autres. Si l'un ou l'autre de ces symptômes survient, il faut communiquer avec un professionnel de la santé.

→ **Respecter les températures sécuritaires de cuisson des aliments.**

En plus d'éviter certains aliments, il est aussi nécessaire d'atteindre les différentes températures internes de cuisson présentées ci-dessous (extrait du *Guide sur la salubrité des aliments pour les enfants âgés de 5 ans et moins* produit par Santé Canada). À noter, la couleur et la durée de cuisson

ne sont pas des facteurs fiables, il est important de vérifier les températures à l'aide d'un thermomètre inséré au centre des aliments.

ALIMENTS	TEMPÉRATURE
BŒUF, VEAU OU AGNEAU	
Steak, rôti, attendri ou non	63 °C à 77 °C (selon la cuisson désirée)
PORC	
Jambon à cuire, longe de porc et côtes levées	71 °C
GIBIER	
D'élevage : cerf, lapin, sanglier	70 °C
Sauvage : lièvre, caribou, etc.	77 °C
VOLAILLE	
Entière	82 °C
Hachée et morceaux	74 °C
POISSON ET FRUITS DE MER	
Entier, en tranches	70 °C
Mollusques et crustacés	74 °C
ŒUFS	
Œufs entiers et mets à base d'œufs	74 °C
VIANDES HACHÉES	
Toutes les viandes hachées (sauf les volailles)	71 °C
AUTRES ALIMENTS	
Farces et restes de table	74 °C

→ **Conseils pratiques:**

- Examiner les aliments avant de les acheter et de les servir: les jeter s'ils ont une apparence ou une odeur inhabituelle.
- Respecter les dates d'expiration et les durées de conservation des produits.

- Régler la température du réfrigérateur à 4 °C et celle du congélateur à -18 °C.
- Pratiquer de bonnes techniques de décongélation (réfrigérateur, micro-ondes, four). Ne pas décongeler les aliments à la température de la pièce.
- Utiliser une planche à découper pour les aliments prêts-à-manger et une autre pour la viande, la volaille, le poisson et les fruits de mer crus pour éviter la contamination croisée.
- Bien laver: les mains des membres de la famille, celles de bébé, les ustensiles, les surfaces de travail, les fruits et légumes, les sacs d'épicerie réutilisables.

Pour de plus amples informations, consulter le document *La salubrité des aliments pour les enfants de 5 ans et moins* offert gratuitement par Santé Canada.

Chapitre 6

**LES PHASES
DE LA DME**



Maintenant que la théorie, les fondements ainsi que les particularités entourant la diversification alimentaire menée par l'enfant ont été explorés, il est enfin temps de passer à table!

Bien que l'on cherche rapidement à offrir à bébé le même repas qu'à tous les membres de la famille, il existe cependant une certaine évolution à respecter. L'introduction des aliments solides se doit d'être non seulement sécuritaire, mais aussi adaptée au développement de l'enfant.

Avant 6 mois: Préparation

Tel que mentionné précédemment, il est primordial d'attendre que bébé réponde à un ensemble de conditions avant de permettre l'introduction des premiers aliments. Puisque l'allaitement exclusif et/ou l'utilisation de préparations pour nourrissons combinent habituellement l'ensemble des besoins du nourrisson jusqu'à l'âge de 6 mois, il faut profiter de ces premiers mois pour se préparer à la DME.

C'est le moment idéal pour se procurer tous les accessoires qui seront nécessaires dans les semaines à venir. Ceci débute par l'achat de la chaise haute. Il faut s'assurer qu'elle soit bien adaptée à l'enfant. Lorsque bébé est assis, la tablette ne doit être ni trop haute, ni trop loin de lui. Une chaise haute ajustable est idéale et pourra suivre la croissance de l'enfant. Bien que plusieurs modèles de chaises soient inclinables, ces modèles ne sont pas utiles en DME, car bébé doit toujours être assis à 90 degrés. Sachant que la DME est salissante, on recommande d'acheter une chaise haute facilement nettoyable. Les options en plastique s'avèrent alors plus pratiques. C'est aussi le moment idéal pour s'équiper d'une toile à mettre sous la chaise de l'enfant, afin de faciliter le nettoyage. Certains optent pour une simple bâche de plastique, d'autres préféreront des nappes, des tapis de caoutchouc ou même des rideaux de douche. L'achat de bavoirs et lingettes est aussi recommandé.

Au cours des six premiers mois, il est normal que l'intérêt de bébé pour le moment du repas et les aliments ne cesse d'augmenter. À cette période, l'enfant est très curieux et apprend à découvrir le monde qui l'entoure. **Attention, ceci ne signifie pas nécessairement qu'il est prêt à entamer la DME ou qu'il a faim. Sans lui offrir d'aliments, il est possible de commencer graduellement à inclure bébé à la routine des repas.** Au début, on peut l'asseoir à table avec les autres membres de la famille. Il pourra alors se familiariser avec sa chaise haute et observer ce qui se déroule autour de lui. **De plus, il est conseillé de placer un bol, une assiette, une tasse ou des ustensiles en plastique sur la tablette de**

l'enfant pendant le repas pour qu'il puisse en découvrir l'utilisation et tenter d'imiter les autres. Certains optent plutôt pour des modèles d'aliments en plastique, ou des jouets d'enfants. Ce qui importe, c'est d'offrir des objets sécuritaires et salubres que bébé peut porter à sa bouche. Plus ces objets seront colorés et de formes variées, plus l'enfant sera susceptible d'être stimulé.



La dernière étape de la préparation reste l'adaptation familiale. **Tout d'abord, il faut préparer l'entourage à la DME: tous les membres de la famille doivent être informés du choix de la méthode d'introduction des aliments solides qui aura été retenue. Tous doivent minimalement comprendre les grandes lignes de la DME et savoir comment agir avec l'enfant au moment du repas.** On parle ici de membres de la famille, mais il faut également inclure les gardiennes, les éducatrices ou toute autre personne qui sera amenée à superviser bébé au moment du repas. **Avant que bébé atteigne l'âge de 6 mois, la famille doit aussi en profiter pour travailler sa planification et la qualité nutritive des repas.** Puisque bébé se verra offrir les mêmes aliments que le reste de la famille, il est primordial que les habitudes alimentaires des autres membres de la famille soient saines et équilibrées. Cette période de transition est alors idéale pour bonifier l'offre d'aliments à la maison et améliorer la qualité de la routine des repas en famille.

6 à 7 mois: Exploration

QUOI DE NEUF?

À l'aube du sixième mois, bébé est habituellement prêt à goûter à ses premiers aliments. Avant de se lancer dans la belle aventure qu'est l'introduction des solides, il faut s'assurer que toutes les conditions préalables sont remplies (voir [chapitre 3](#)). Lorsque tout est en place, on peut amorcer la DME. Ceci représente une étape importante dans la vie du nourrisson et des parents, il faut en profiter!

À cette étape du développement, bébé réussit à faire passer un objet ou un aliment d'une main à l'autre pour ensuite le porter à sa bouche. Il aime aussi agripper, frapper et renverser les objets. Bébé parvient habituellement à tenir d'assez gros aliments en les écrasant entre ses doigts et la paume de ses mains. **Par conséquent, afin de faciliter la prise, les aliments qui lui seront servis doivent occuper l'ensemble de sa paume et dépasser de son poing. Il est donc recommandé de lui donner de gros morceaux en coupant les aliments en bâtonnets ou en lanières.** Ici, l'enfant commence doucement à développer une motricité fine. Il est inutile et non souhaitable d'offrir de trop petits aliments sur la tablette de bébé, car cela ne fera que causer de la frustration et un sentiment d'échec. Lorsque sa dextérité évoluera, bébé pourra progresser vers la prochaine étape.

Au niveau des aliments, il faut préconiser ceux qui sont riches en fer et les accompagner de sources de vitamine C (voir le [chapitre 8](#) pour des exemples et de plus amples informations). Il devrait donc y avoir au moins une source de fer par repas. Le principe de l'assiette équilibrée est à préconiser: tenter d'offrir des aliments provenant d'au moins 4 des 6 groupes d'aliments par repas (fruits, légumes, féculents, lait et substituts, viandes et substituts et matières grasses). Il ne faut pas s'étonner si bébé ne consomme pas tout le repas. Il s'agit d'une période de découvertes alimentaires. On se concentre sur la stimulation des sens par l'entremise des goûts, des textures, des formes, des couleurs et des odeurs.

À 6 mois, l'enfant prend l'ensemble de ses repas à l'aide de ses mains. On peut donc placer les aliments directement sur la tablette de sa chaise haute. Par contre, il pourrait présenter un certain intérêt pour les ustensiles.

On suggère donc de placer une cuillère en plastique sur sa tablette pour lui permettre de poursuivre ses découvertes et de se familiariser avec l'objet. Aussi, Santé Canada recommande d'introduire la tasse ouverte en plastique en même temps que les premiers aliments solides. En effet, la littérature démontre que l'utilisation de ce type de tasse est sécuritaire et facile à apprendre pendant la petite enfance. Un peu comme pour le biberon, l'enfant risque d'avoir besoin de l'aide d'un adulte pour tenir la tasse contre sa bouche. À ce stade-ci, bébé tentera encore de téter le liquide, puisque c'est la seule méthode qu'il connaît. Au fil des expositions, il développera de nouvelles aptitudes et sera éventuellement capable de boire à la tasse ouverte à son propre rythme. Ceci peut prendre un peu de temps. Au début, il suffit de proposer la tasse au nourrisson en la remplissant uniquement d'une petite quantité d'eau afin de limiter les dégâts. Il est à noter qu'il faut éviter les tasses de type «gobelets», car leurs valves anti-déversement nécessitent habituellement de sucer le bec, ce qui ne permet pas à l'enfant de développer les bonnes compétences pour boire.

FORMAT DES ALIMENTS À OFFRIR (6 À 7 MOIS)

FORMAT IDÉAL POUR LES FRUITS, LES LÉGUMES ET LA VIANDE : BÂTONNETS, LANIÈRES, MORCEAUX DE VIANDES SUR OS

Brocoli



Carotte



Poivron



Porc



Bœuf



Les petits légumes, fruits et légumineuses devraient être incorporés dans des recettes.

Recette de crêpe
(voir page 107)



Garder une portion de la pelure sur les fruits ayant une pelure épaisse (banane, melon d'eau, orange).

Banane



Melon d'eau avec pelure



Introduction d'ustensiles

Introduire la tasse ouverte et la cuillère



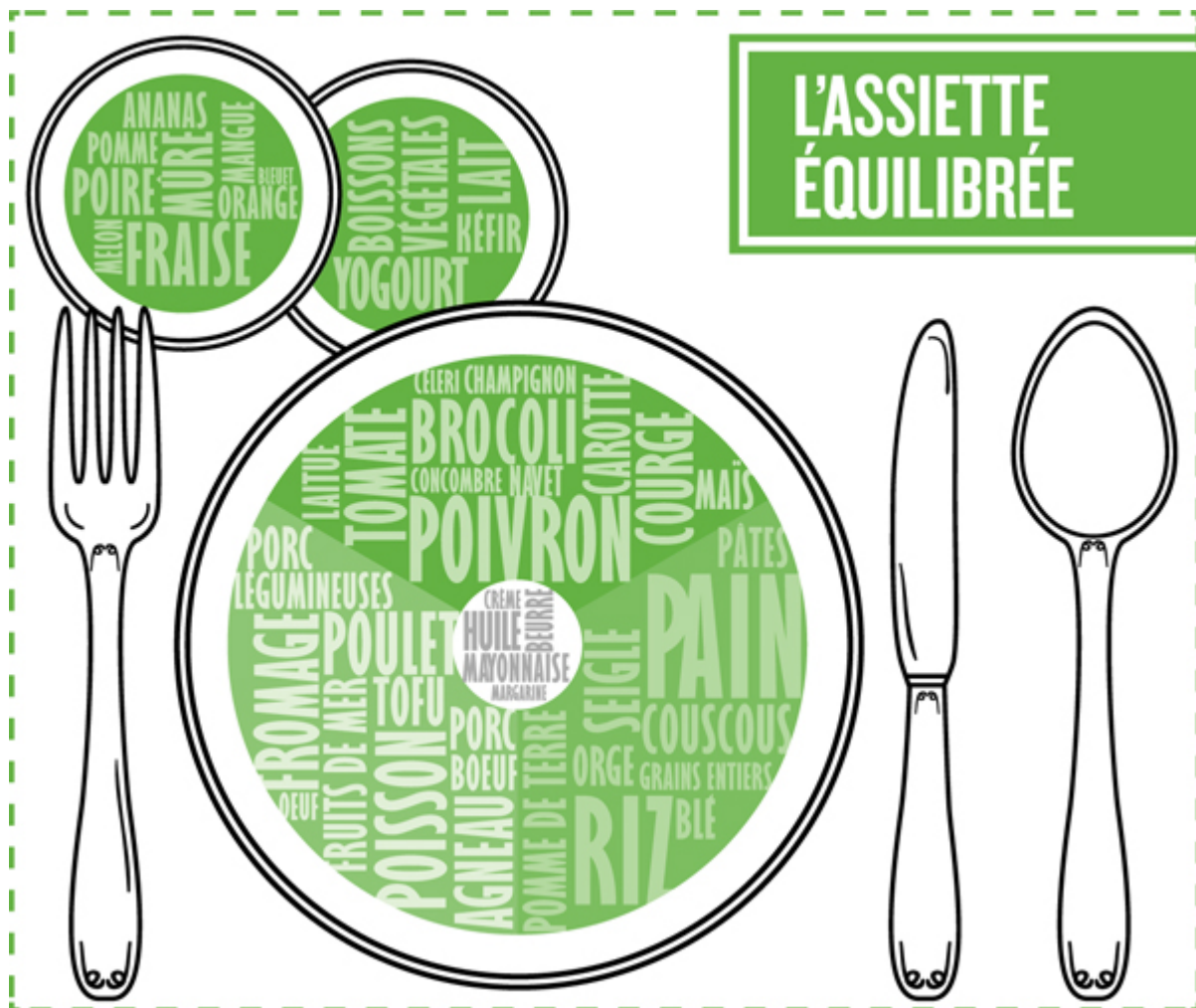
LE SAVIEZ-VOUS ?

Le cantaloup peut être la cause d'intoxication alimentaire provoquée par une bactérie appelée *Salmonella*. Selon les recommandations du gouvernement du Canada, son écorce brodée se doit d'être brossée sous l'eau courante et les mains du manipulateur doivent être lavées à fond avec de l'eau chaude et du savon pendant au moins 20 secondes. Puisqu'en DME les fruits devraient être servis avec la pelure pour faciliter la préhension, il faut être particulièrement vigilant lors du nettoyage et même éviter de donner du cantaloup qui aurait été coupé à l'épicerie !



Idées de repas

En plus d'offrir des aliments aux formats adaptés selon le stade de développement du nourrisson, il faut s'assurer d'offrir à l'enfant des repas complets et équilibrés. Le [chapitre 8](#) propose des informations complémentaires sur l'alimentation optimale de bébé. Afin de faciliter la planification des repas au quotidien, voici l'assiette équilibrée *Nutri-Énergie*. Elle représente une manière simplifiée et imagée de bâtir un repas.



Idéalement, on doit y retrouver au moins 4 des 6 groupes d'aliments: viandes et substituts, lait et substituts, fruits, légumes, féculents et matières grasses. On vise un tiers de l'assiette en aliments du groupe des viandes et substituts, un tiers en aliments du groupe des féculents et un tiers en légumes. On complète ensuite le tout avec des aliments qui proviennent du groupe du lait et des substituts, avec des fruits, ainsi qu'avec des matières grasses (si elles ne sont pas déjà incluses dans la recette ou au cours de la cuisson). **L'objectif n'est pas de créer LE repas parfait à tout coup. Il s'agit de créer le meilleur repas possible tout en tenant compte des contraintes familiales. Si certains objectifs ne sont pas atteints lors du repas, il est possible de se corriger au repas suivant. Il faut considérer l'alimentation équilibrée sur une semaine et non pas sur un seul repas.**

Dans les pages suivantes, on retrouve des exemples de repas équilibrés adaptés aux différents stades de développement de bébé. Bien évidemment, il existe des milliers d'autres possibilités. Il ne faut pas avoir peur d'explorer les aliments afin d'offrir plus de variété à bébé.

Les assiettes équilibrées représentent des exemples de repas complet à offrir au quotidien. Elles comprennent les aliments à servir à l'enfant, ainsi que les ingrédients de base de certaines recettes. Ceci permet de bien illustrer la présence des différents groupes alimentaires. Au besoin, ne pas hésiter à remplacer les aliments proposés par d'autres aliments du même groupe. Par exemple, changer l'orange par une pêche, le bœuf par du veau, le brocoli par des asperges ou autres. Une fois de plus, il ne faut pas oublier que ces repas ne figurent qu'à titre d'exemples; il existe une multitude d'autres combinaisons à explorer.

Lorsque le symbole suivant  apparaît, cela signifie que la recette du plat principal est fournie. Elles peuvent être reproduites telles quelles ou servir d'inspiration afin de créer un plat adapté aux préférences de la famille.



EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (6 À 7 MOIS)

Crêpe aux bleuets revisitée accompagnée de kiwis et d'une garniture de yogourt nature

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Crêpe (œuf)
 Féculents	Crêpe (farine) Crêpe (céréales enrichies en fer pour bébés)
 Légumes	—
 Laits et substituts	Yogourt nature Crêpe (boisson d'amande nature) Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Crêpe (bleuets) Kiwis
Matières grasses	Crêpe (beurre)



Au Canada, les céréales pour bébés sont enrichies en fer. Puisque bébé n'est pas encore capable de les consommer seul à la cuillère, il est possible de les incorporer dans diverses recettes: crêpes, muffins, pains, biscuits, etc. Le truc? **Remplacez le quart ou la moitié de la farine par la même quantité de céréales enrichies en fer pour bébés et le tour est joué!**

RECETTE

Crêpes aux bleuets avec céréales enrichies en fer pour bébés

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
325 ml (185 g)	Farine tout usage
150 ml (45 g)	Céréales enrichies en fer pour bébés
2	Œufs
500 ml (500 g)	Boisson d'amande nature
30 ml (25 g)	Sucre
60 ml (50 g)	Beurre fondu
180 ml (100 g)	Bleuets coupés
RENDEMENT	10 crêpes de 6 pouces

Préparation

1. Dans un grand bol, mélanger la farine et les céréales enrichies en fer pour bébés.
2. Dans un autre bol, battre légèrement les œufs. Ajouter la boisson d'amande, le sucre, puis le beurre fondu.
3. Incorporer les ingrédients secs aux ingrédients humides et bien mélanger. Ajouter les bleuets. Réserver.
4. Cuire les crêpes à feu moyen-vif, sans ajouter de matière grasse.
5. S'assurer que les deux côtés sont bien dorés avant de servir.



EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (6 À 7 MOIS)

Sauté de bœuf au brocoli accompagné de pommes de terre et d'oranges

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Sauté (bœuf)
 Féculents	Pommes de terre
 Légumes	Sauté (brocoli)
 Laits et substituts	Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Oranges
Matières grasses	Sauté (huile de sésame grillé) Sauté (huile pour la cuisson)



La pomme de terre peut être servie sous différentes formes afin de travailler la motricité fine de l'enfant. Bâtonnets, rondelles, quartiers, juliennes... il s'agit d'user de créativité!

RECETTE

Sauté de bœuf au brocoli

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
454 g	Faux-filet de bœuf coupé en lanières de 2 cm
20 ml (15 g)	Huile d'olive
Au goût	Poivre
4 (125 g)	Oignons verts
2	Gousses d'ail émincées
750 ml (300 g)	Brocoli coupé en bouquets
175 ml (175 g)	Eau
325 ml (325 g)	Bouillon de poulet sans sel
15 ml (10 g)	Fécule de maïs
7,5 ml (6 g)	Huile de sésame grillé
7,5 ml (4 g)	Graines de sésame
5 ml (5 g)	Sauce soya réduite en sel
RENDEMENT	4 portions

Préparation

1. Saisir la viande dans l'huile 5 minutes à feu élevé, jusqu'à ce qu'elle soit dorée.
2. Poivrer, puis retirer la viande et déposer dans une assiette.
3. Ajouter les oignons verts et l'ail et cuire 1 minute en remuant constamment à feu moyen.

4. Ajouter le brocoli et environ 175 ml d'eau.
5. Continuer à cuire jusqu'à ce que le mélange soit presque sec, environ 3 minutes.
6. Entre-temps, bien mélanger le bouillon et la fécule de maïs dans un petit bol, puis verser le tout sur le brocoli.
7. Cuire 2 minutes en remuant.
8. Remettre la viande dans la poêle, y ajouter l'huile de sésame grillé, les graines de sésame et la sauce soya, et cuire le tout 2 minutes en remuant.

EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (6 À 7 MOIS)

Spaghettis sauce à la viande accompagnés de bananes

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Spaghettis (veau haché)
 Féculents	Spaghettis (pâte de blé entier)
 Légumes	Spaghettis (sauce aux tomates)
 Laits et substituts	Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Bananes
Matières grasses	—



Lorsque vient le temps de choisir le type de pâtes alimentaires à servir au repas, il faut penser aux habiletés de bébé. Des pâtes longues comme les spaghettis ou grosses comme les rigatonis seront certainement plus faciles à tenir que de petits macaronis.

EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (6 À 7 MOIS)

Wrap grillé à la dinde déconstruit accompagné de concombres et de nectarines

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Wrap (dinde)
 Féculents	Wrap (pita de blé entier)
 Légumes	Concombres
 Laits et substituts	Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Nectarines
Matières grasses	Wrap (mayonnaise du commerce)



Bien que la pelure aide à la préhension des aliments, celle-ci peut parfois rester collée au palais. Pour rendre les repas plus agréables et sécuritaires, la majorité des fruits avec une pelure mince (pomme, poire, pêche, nectarine) devraient être pelés jusqu'à l'âge de 2 ans.



ATTENTION

L'aliment qui revient le plus souvent comme ayant été problématique dans les récits de parents est la pomme crue. De par sa pelure plus épaisse, sa fermeté et sa forme, les nourrissons semblent avoir plus de difficulté à l'avaler sans problème. Afin de limiter les risques d'étouffement, il est recommandé d'enlever la pelure et le cœur. Avant l'âge de 1 an, il est aussi suggéré de la râper. Par la suite, on recommande de la couper en morceaux, et ce, jusqu'à l'âge de 2 ans. Finalement, il peut aussi être judicieux de la servir cuite afin qu'elle soit un peu moins dure.

7 à 8 mois: Débrouillardise

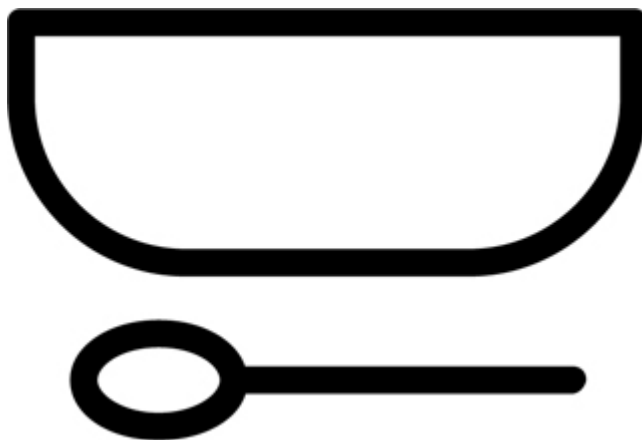
QUOI DE NEUF?

Un mois après l'introduction des premiers aliments solides, bébé gagne en confiance et devient plus à l'aise au moment du repas. Il profitera des prochaines semaines pour expérimenter les aliments tout en mangeant à sa faim. Sa force de préhension s'améliore au rythme des expositions et il devient rapidement très habile de ses petites mains. **Il délaisse tranquillement l'utilisation de sa paume au profit de son pouce, son index et son majeur. C'est grâce à ces trois doigts qu'il réussit à**

s'adapter à de nouvelles tailles et formes d'aliments. Bébé peut maintenant prendre des morceaux un peu plus petits. Toutefois, il faut garder en tête la forme de la trachée et le risque d'étouffement. Toujours dans un souci de sécurité, il est important de continuer à offrir des morceaux relativement gros. Il est aussi possible d'effiloche les viandes. L'évolution et le développement sont uniques à chaque enfant. Si bébé semble avoir de la difficulté, il est possible d'adapter le format des aliments en retournant aux bâtonnets. À l'inverse, si bébé a une grande facilité à prendre les morceaux plus gros, on peut réduire leur taille.

On remarque que la motricité fine et les capacités masticatoires se développent plutôt parallèlement. Alors que l'enfant apprend à gérer le bol alimentaire (6 à 8 mois), il est plutôt rare qu'il réussisse à porter de petits aliments à sa bouche. **Généralement, le moment où bébé réussit à porter les petits aliments à sa bouche concorde avec le moment où il est en mesure de les gérer de façon plus sécuritaire. Un bébé en confiance et qui contrôle son alimentation apprendra à respecter ses limites et à ajuster ses prises alimentaires en fonction de ses capacités.** Il demeure tout de même primordial de rester vigilant au moment du repas et de porter une attention particulière à la taille des aliments offerts en fonction de l'âge de l'enfant. À cette étape, bébé commence à montrer un peu plus d'intérêt pour la cuillère. Par contre, il ne saura pas l'utiliser adroitement. Il faut donc continuer à lui présenter la cuillère vide et l'encourager à la découvrir.

Quant à la variété des aliments à offrir, on ne note aucune grande différence avec le sixième mois. On continue la découverte des aliments et on laisse bébé y prendre goût. Les aliments riches en fer et vitamine C sont encore à prioriser. Bébé mangera avec plus d'appétit et commencera à mieux mâcher les aliments. Le réflexe vomitif devrait aussi être moins présent au fur et à mesure que bébé s'habitue à bien gérer son bol alimentaire. **Chez l'enfant, les préférences de goût et de textures semblent s'établir autour de 6 à 9 mois, et plus particulièrement vers 7 à 8 mois. Il est donc primordial de varier l'offre d'aliments pour permettre à bébé de développer un vaste éventail gustatif.**



FORMAT DES ALIMENTS À OFFRIR (7 À 8 MOIS)

NOUVEAUX FORMATS D'ALIMENTS À INTRODUIRE À 7-8 MOIS : GROS CUBES ET VIANDE EFFILOCHÉE

Cubes de fromage dans une prise à 3 doigts



L'équivalent d'une balle de golf



Il sera toujours possible d'offrir certains aliments sous forme de bâtonnets et lanières de longueurs variables, ainsi que de plus petits aliments incorporés dans les recettes.

Melon d'eau



Concombre



Recette tartinade



Bouchée de saumon



Lanière de poivron





EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (7 À 8 MOIS)

Rôtie avec tartinade de légumineuses accompagnée d'avocats et d'ananas

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Tartinade de légumineuses
 Féculents	Pain de seigle
 Légumes	Avocats
 Laits et substituts	Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Ananas
Matières grasses	Avocats



L'avocat est un aliment très polyvalent. Il fait partie de la famille des légumes, mais renferme aussi beaucoup de bons gras, soit des gras mono-insaturés. Apprécié des enfants, c'est un aliment de choix, puisqu'il occupe 2 des 6 groupes de l'assiette équilibrée. On peut même enrober le morceau d'avocat de céréales enrichies en fer pour bébés afin d'en faciliter la préhension et d'augmenter sa valeur nutritive.

RECETTE

Tartinade de légumineuses

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
250 ml (environ 200 g)	Mélange de légumineuses en conserve
30 ml (15 g)	Oignons verts émincés
15 ml (20 g)	Pâte de tomate
3 ml (2 g)	Poudre de chili
15 ml (1 g)	Persil frais haché
2,5 ml (3 g)	Jus de citron
Au goût	Poivre
RENDEMENT	Variable selon les légumineuses choisies

Préparation

1. Égoutter les légumineuses et les rincer dans une passoire.
2. Réduire en purée à l'aide d'un robot culinaire. Ajouter de l'eau si le mélange est trop sec.
3. Retirer du robot et mettre dans un bol.
4. Incorporer le reste des ingrédients à la purée de légumineuses.
5. Ajuster l'assaisonnement au goût.



EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (7 À 8 MOIS)

Bouchées de saumon accompagnées d'une sauce au yogourt, d'asperges, de riz et de mangues

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Bouchées (saumon) Bouchées (fromage)
 Féculents	Riz collant Bouchées (chapelure)
 Légumes	Asperges
 Laits et substituts	Sauce (yogourt) Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Mangues
Matières grasses	Bouchées (huile pour la cuisson)



Les allergènes tels que les fruits de mer (crustacés, mollusques) et les poissons nécessitent une vigilance accrue lors de leur introduction.

RECETTE

Bouchées de saumon avec sauce au yogourt

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
625 ml (412 g)	Saumon sans arêtes en conserve
125 ml (35 g)	Mélange de fromages italiens râpés
125 ml (55 g)	Chapelure de blé entier à l'italienne
1	Œuf
25 ml (27 g)	Jus de citron
45 ml (12 g)	Ciboulette hachée
30 ml (1 g)	Coriandre
15 ml (16 g)	Gingembre
1	Gousse d'ail hachée
1/2 citron	Zeste
Au goût	Poivre concassé
30 ml (25 g)	Huile de canola pour la cuisson
RENDEMENT	16 bouchées

Préparation

1. Égoutter le saumon.
2. Dans un grand bol, mélanger à la fourchette le saumon, le fromage, la chapelure, l'œuf, le jus de citron, la ciboulette, la coriandre, le gingembre, l'ail et le zeste. Poivrer généreusement.

3. Diviser la préparation en 16 parties égales et former des boulettes avec les mains.
4. Cuire les boulettes dans une poêle huilée environ 10 minutes (jusqu'à ce que les boulettes atteignent une température interne de 74 °C) en les retournant fréquemment pour les faire dorer.
5. Servir avec la sauce au yogourt (voir la [recette à la page suivante](#)).

NOTE: Se congèlent bien et peuvent être servies froides.

RECETTE

Sauce au yogourt citronnée

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
125 ml (155 g)	Yogourt grec
15 à 30 ml (5 à 10 g)	Ciboulette fraîche hachée
30 ml (1 g)	Aneth frais haché
1 citron	Zeste
Au goût	Poivre
RENDEMENT	125 ml

Préparation

1. Mélanger tous les ingrédients et réserver au réfrigérateur.
2. Accompagner des bouchées de saumon.

EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (7 À 8 MOIS)

Côtelette de porc accompagnée de patates douces, de choux-fleurs et de yogourt glacé

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Côtelette de porc sur l'os
 Féculents	Patates douces
 Légumes	Choux-fleurs
 Laits et substituts	Yogourt glacé Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	—
Matières grasses	Patates douces (huile pour la cuisson)



Introduire un bâton dans un petit contenant de yogourt et le placer au congélateur. Une fois dur, retirer du contenant et servir la sucette glacée au nourrisson!

EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (7 À 8 MOIS)

Pain doré matinal accompagné de fromage cottage et de poires

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Pain doré (œuf) Fromage cottage
 Féculents	Pain doré (pain)
 Légumes	—
 Laits et substituts	Pain doré (lait) Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Poires
Matières grasses	Pain doré (beurre pour la cuisson)



Le pain doré est un repas rapide qui peut dépanner à tout moment. De plus, l'ajout du fromage cottage vient humidifier le plat, tout en rajoutant des protéines.

9 à 12 mois: Contrôle

QUOI DE NEUF?

Entre 9 et 12 mois, bébé devient rapidement très doué. C'est grâce aux différentes expositions aux repas familiaux qu'il pourra s'exercer et s'améliorer. **À ce stade, bébé a une motricité fine qui se perfectionne et il développe sa «pince fine» ou encore sa «prise en pince». Il réussit donc à manipuler de plus petits aliments en les pinçant entre son pouce et son index. Tous les formats d'aliments sécuritaires sont maintenant à sa portée.** Parallèlement, bébé accroît ses capacités à bien croquer et mastiquer les aliments (même sans dents). Il devient plus agile et démontre de l'enthousiasme face à ses succès. Il prend plaisir à s'alimenter.

C'est durant cette étape que bébé commence réellement à comprendre l'utilisation de la cuillère. C'est là une tâche complexe pour le nourrisson: il doit réussir à remplir l'ustensile, le porter à sa bouche et y déposer les aliments. Lors des premiers essais, la cuillère risque d'arriver à la bouche de l'enfant vidée de son contenu. Bien que cet apprentissage cause certains dégâts, il est très bénéfique pour l'enfant. **Les aliments liquides ou les purées peuvent alors être introduits sous leur forme originale (pas besoin d'être incorporés dans une recette). La liste comprend notamment le yogourt, la compote de fruits et les céréales enrichies en fer pour bébés.** Afin de faciliter l'utilisation de la cuillère, on peut pré-remplir 2 ou 3 cuillères et les laisser sur la tablette de l'enfant. On peut aussi déposer un petit bol avec l'aliment pour que l'enfant puisse y tremper la cuillère. Il ne faut pas être surpris si bébé décide aussi d'y tremper ses doigts et ses autres aliments. Tout au long de l'enfance, mais plus particulièrement entre 9 et 12 mois, bébé adore imiter les autres. Il peut être intéressant d'exagérer et de répéter certains mouvements, dont les gestes entourant l'utilisation de la cuillère.

C'est durant cette période que le lait de vache à 3,25% de matières grasses peut faire son entrée à titre de boisson. Il peut être introduit entre 9 et 12 mois. Cette introduction devrait se faire de manière graduelle. Pour les mamans qui allaitent, il est possible de diminuer la durée des tétées et de combler le reste de la demande par le lait de vache. On peut aussi alterner les boires de lait maternel avec les boires de lait de vache. Bébé préfère souvent les boires du matin et du soir, donc il est suggéré d'offrir le lait maternel à ces occasions. En ce qui concerne le biberon, on peut mélanger

la préparation pour nourrissons et le lait en augmentant graduellement la portion dédiée au lait de vache. **Contrairement aux préparations pour nourrissons qui peuvent être cessées à partir de 9 mois, Santé Canada suggère de poursuivre l'allaitement jusqu'à deux ans. Afin de ne pas compromettre les apports alimentaires, la quantité de lait de vache offerte ne devrait pas dépasser 750 ml (3 tasses) par jour.**



FORMAT DES ALIMENTS À OFFRIR (9 À 12 MOIS)

NOUVEAUX FORMATS DES ALIMENTS : PETITS CUBES ET PETITES BOULES

Raisins



Bleuets



Petits pois



L'équivalent d'un dé à jouer



À cette étape, tous les formats d'aliment devraient être proposés.

Possibilité de servir des aliments plus liquides tels le gruau, le yogourt, les compotes de fruits et les céréales enrichies en fer pour bébés dans des bols et cuillères pré-remplies.

Cuillère pré-remplie





EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (9 À 12 MOIS)

Smoothie coloré au tofu soyeux et aux petits fruits accompagné d'un muffin

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Smoothie (tofu soyeux)
 Féculents	Muffin maison
 Légumes	—
 Laits et substituts	Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Smoothie (fraises, banane et jus d'orange)
Matières grasses	Muffin maison (beurre dans la recette)



Pour faciliter l'apprentissage de l'utilisation de la tasse ouverte, plusieurs offrent des liquides de consistance plus épaisse. De plus, ceci peut limiter les dégâts. Ce smoothie est un bel exemple et peut être modifié afin d'obtenir la consistance souhaitée.

RECETTE

Smoothie coloré au tofu soyeux et aux petits fruits

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
375 ml (340 g)	Tofu mou, soyeux (pour smoothies)
250 ml (125 g)	Fraises congelées
1	Banane mûre
125 ml (125 g)	Jus d'orange
RENDEMENT	750 ml (740 g)

Préparation

1. Mélanger tous les ingrédients dans un mélangeur.

NOTE: Cette recette peut aussi donner des sucettes glacées.



EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (9 À 12 MOIS)

Croquettes de poulet croustillantes accompagnées de carottes, de raisins et de yogourt

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Croquettes (poulet)
 Féculents	Croquettes (chapelure et avoine) Croquettes (céréales enrichies en fer pour bébés)
 Légumes	Carottes
 Laits et substituts	Yogourt à la cuillère Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Raisins
Matières grasses	—



Le yogourt peut servir de sauce aux aliments présentés sous forme de croquettes. Prévoir un bol dans lequel l'enfant peut tremper ses doigts, sa cuillère ou ses aliments.

RECETTE

Croquettes de poulet croustillantes

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
MARINADE	
320 ml (355 g)	Yogourt nature 2% de m.g.
75 ml (100 g)	Moutarde de Dijon
25 ml (12 g)	Paprika
75 ml (75 g)	Jus d'orange
2 ml (1 g)	Poivre moulu
1 kg	Hauts de cuisses de poulet, désossés sans peau
CHAPELURE	
300 ml (130 g)	Chapelure de blé entier à l'italienne
150 ml (65 g)	Flocons d'avoine
150 ml (45 g)	Céréales enrichies de fer pour bébés
Au goût	Épices cajun
RENDEMENT	6 portions

Préparation

1. Mélanger tous les ingrédients de la marinade.
2. Couper les hauts de cuisses de poulet en lanières ou en cubes.
3. Mélanger les hauts de cuisses avec la marinade.

4. Laisser mariner de 1 à 4 h au réfrigérateur.
5. Égoutter l'excès de marinade.
6. Mélanger la chapelure avec les flocons d'avoine, les céréales enrichies en fer pour bébés et les épices cajun.
7. Rouler le poulet dans le mélange de chapelure.
8. Disposer les morceaux sur une plaque de cuisson préalablement couverte d'un papier parchemin.
9. Cuire au four à 350 °F environ 35 minutes (jusqu'à ce que le poulet atteigne une température interne de 74 °C).

EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (9 À 12 MOIS)

Omelette au fromage accompagnée de melon d'eau

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Omelette (œuf) Omelette (fromage)
 Féculents	Pomme de terre
 Légumes	Omelette (poivron)
 Laits et substituts	Omelette (lait) Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Melon d'eau
Matières grasses	Omelette (huile pour la cuisson)



Préparer les omelettes dans de petits moules à muffins pour faciliter la prise de l'aliment.

EXEMPLE DE REPAS ÉQUILIBRÉ (9 À 12 MOIS)

Crevettes sur lit d'orzo accompagnées de courgettes et de fraises

GROUPE ALIMENTAIRE	
 Viandes et substituts	Crevettes
 Féculents	Orzo
 Légumes	Courgettes
 Laits et substituts	Allaitement et/ou préparations pour nourrissons
 Fruits	Fraises
Matières grasses	Crevettes (huile pour la cuisson)



Dans le cadre de la DME, il faut s'assurer que les aliments soient toujours présentés de façon sécuritaire au repas. Par exemple, en ce qui concerne les crevettes, il est primordial de les servir pré-décortiquées.

12 mois et plus: Perfectionnement

Voici la dernière grande étape. L'alimentation de l'enfant devrait être sensiblement la même que celle des autres membres de la famille et le format des aliments devrait nécessiter très peu d'adaptation. **Bébé devra maintenant faire face aux mêmes défis liés au développement que les enfants nourris avec des purées.** Ayant eu plus d'occasions de développer sa dextérité alimentaire, le bébé ayant pratiqué la DME sera probablement plus rapide et plus efficace pour s'alimenter que les autres bébés.

À 1 an, bébé est de plus en plus habile avec la cuillère. **Toutefois, il renverse encore les aliments. Il faudra attendre jusqu'à environ l'âge de 2 ans avant que bébé soit capable de se nourrir seul en limitant les dégâts.** On peut graduellement cesser d'offrir des cuillères pré-remplies et laisser bébé s'exercer seul. Si l'enfant semble avoir de la difficulté à manipuler la cuillère, il peut être pertinent de vérifier la longueur, la forme, la texture et le matériau de l'ustensile.

C'est entre 1 et 2 ans que bébé perfectionnera son apprentissage de la tasse ouverte et qu'il réussira par la suite à boire à l'aide d'une paille. La fourchette, quant à elle, devrait être introduite vers l'âge de 3 ans et le couteau vers l'âge de 4 ans. **Une fois de plus, le mot d'ordre est la persévérance. On encourage l'enfant et on multiplie les occasions de s'exercer. Les autres membres de la famille doivent continuer de montrer l'exemple, et ce, repas après repas.**



QUESTION DE PARENTS

Qu'en est-il des aliments multiphase ?



Les aliments multiphase constituent la catégorie d'aliments consommés à la cuillère qui comportent à la fois des solides et des liquides. On peut penser notamment aux céréales servies avec du lait ou à la soupe qui contient des nouilles ou des morceaux de légumes. Afin de limiter les dégâts matériels et la frustration de l'enfant, plusieurs attendent que la technique de la cuillère soit perfectionnée avant d'introduire ce type d'aliment. On s'assure ainsi que bébé puisse porter la cuillère à sa bouche sans en perdre le contenu et que ses mouvements masticatoires soient assez développés et coordonnés pour bien gérer la combinaison des solides et des liquides en bouche.

→ Les aliments suivants pourront progressivement être introduits:

- > À partir de 1 an: **miel**
- > À partir de 2 ans: **boissons végétales enrichies**
- > À partir de 4 ans: aliments problématiques pour l'étouffement
 - **Noix, graines, saucisses en rondelles, fruits séchés, raisins entiers, maïs soufflé, bonbons...**



Prendre en note: avant l'âge de 2 ans, il faut éviter de restreindre les matières grasses dans l'alimentation de bébé. Ce conseil s'applique plus particulièrement au lait (3,25% m.g.) et au yogourt (au moins 2% m.g.); ne pas opter pour les versions allégées ou faibles en gras. Les autres sources de gras seront consommées sous diverses formes telles que le beurre d'arachide, le fromage, les avocats, les poissons gras, les œufs, la viande et les produits de soya.

Après l'âge de 1 an, tous les enfants devraient avoir une alimentation équilibrée qui inclut tous les types de textures. Pour répondre aux nouveaux enjeux alimentaires et questionnements qui surviendront au cours des prochains mois (les caprices, le refus de manger, la néophobie alimentaire, etc.), il s'agit d'adopter le même type de comportement que celui préconisé tout au long de l'introduction des aliments solides. En effet, les mêmes principes s'appliquent: il faut permettre à l'enfant d'être autonome à table, le laisser écouter ses signaux de faim et de satiété, continuer d'offrir une alimentation de qualité, agir en tant que modèle positif à table, être persévérant et, bien entendu, savoir transmettre le plaisir de manger. Pour toute autre question concernant les enfants un peu plus vieux, il ne faut pas hésiter à contacter un professionnel de la santé.





QUESTION DE PARENTS

***Est-ce que bébé peut suivre la méthode de la DME
à la garderie ou au CPE ?***



La décision revient à la direction de ces centres. Cela varie grandement d'un endroit à l'autre. Ce qui importe, c'est de s'assurer que les éducateurs connaissent bien les notions de base de la DME et se sentent à l'aise d'accompagner bébé de manière sécuritaire au moment du repas. De plus, il faut absolument mentionner que bébé pratique la DME dès le départ pour éviter que celui-ci se fasse alimenter de purées.

Il est aussi à noter que, vers l'âge de 1 an, il ne devrait presque plus y avoir de différences entre les repas offerts aux bébés ayant pratiqué la DME et les repas offerts aux bébés ayant pratiqué la méthode traditionnelle d'introduction des aliments solides. Plusieurs parents attendent donc jusqu'à cet âge pour envoyer bébé en milieu de garde.

Chapitre 7

**BÉBÉ
MANGE-T-IL
ASSEZ ?**



L'une des préoccupations fréquentes en ce qui concerne la DME, tant pour les membres de la famille que pour les professionnels de la santé, est la question des quantités d'aliments ingérées.

Est-ce que bébé mange assez? Est-ce que bébé aime ce qu'on lui sert? Est-ce que la durée du repas est adéquate? Le chapitre qui suit aborde les aspects théoriques et pratiques des différentes questions relatives aux quantités d'aliments au repas.

Quantités: En théorie

Il est reconnu par l'ensemble des intervenants en santé que le lait maternel constitue le meilleur aliment pour les nourrissons. L'OMS et Santé Canada recommandent d'ailleurs l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois. En effet, il s'agit d'une excellente source de nutriments qui comporte de multiples avantages sur le plan du développement du nourrisson. Santé Canada stipule notamment que l'allaitement «pourrait avoir un effet protecteur contre le surpoids et l'obésité durant l'enfance». **En contexte de DME, l'allaitement à la demande (*ad libitum*) est à privilégier au moins jusqu'à l'âge de 1 an, afin de couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant, et est à poursuivre jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, si possible.**

Au moment de l'introduction des solides à l'âge de 6 mois, comment savoir si les portions ingérées sont suffisantes? Eh bien, lorsqu'on le laisse s'alimenter seul, on accepte que le bébé se fie à ses habiletés psychomotrices et à sa capacité d'autorégulation afin de fixer la grosseur de ses repas.

Les quantités: Recommandations officielles

Chaque année, le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* est offert à tous les futurs parents au Québec. Ce guide, produit par l'Institut national de santé publique du Québec, se veut entre autres un recueil des meilleures pratiques. Dans la version 2015, les quantités recommandées pour les enfants ont été retirées. Pourquoi? Parce que les différents spécialistes s'entendent pour dire qu'il faut privilégier une approche basée sur les besoins individuels de chaque enfant. Cette approche est aussi appelée «alimentation sensible aux besoins de l'enfant». **Il est à noter que la Société canadienne de pédiatrie recommande de donner de petites portions d'abord, pour ensuite permettre au nourrisson d'en demander davantage.**

Cependant, bien des parents exprimant encore des inquiétudes face aux apports nutritifs de leur tout-petit, voici tout de même une section du *Guide d'alimentation pour l'enfant d'âge préscolaire*, produit par les Producteurs

laitiers du Canada et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Cet extrait du guide, concernant les enfants de 1 an et plus, présente un nombre théorique de portions quotidiennes recommandé. **Ces quantités sont uniquement fournies à titre indicatif; on ne devrait jamais forcer un enfant à manger, et ce, même s'il n'a pas atteint le nombre minimal de portions. Le contraire est aussi vrai: on ne devrait jamais empêcher un enfant de manger, et ce, même s'il a atteint le nombre maximal de portions.** Bien que cet outil ne s'adresse pas aux nourrissons de moins de 1 an, il peut être considéré comme un support lors de la répartition des portions, afin d'éviter la surconsommation d'un groupe alimentaire au détriment d'un autre.

NOMBRE APPROXIMATIF DE PORTIONS PAR JOUR À PRIVILÉGIER CHEZ LES ENFANTS DE 1 AN

LÉGUMES ET FRUITS	PRODUITS CÉRÉALIERS	LAIT ET SUBSTITUTS	VIANDES ET SUBSTITUTS
4 à 6 portions ou plus	3 portions ou plus, dont 1 portion de céréales pour bébés	6 à 7 portions ou plus, dont 600 à 720 ml de lait	2 à 3 portions ou plus

LÉGUMES ET FRUITS – 4 À 6 PORTIONS OU PLUS

1 portion équivaut à ...

Légumes frais, cuits, surgelés ou en conserve	60 à 80 ml (1/4 à 1/3 tasse)
Légumes feuillus cuits (ex.: épinards)	60 à 80 ml (1/4 à 1/3 tasse)
Légumes feuillus crus (ex.: laitue)	Quantité souvent négligeable
Fruits frais, surgelés ou en conserve	60 à 80 ml (1/4 à 1/3 tasse) Env. 1/2 fruit
Jus de fruits purs à 100 %, pasteurisés	60 ml (1/4 tasse)

PRODUITS CÉRÉALIERS – 3 PORTIONS OU PLUS, DONT 1 PORTION DE CÉRÉALES POUR BÉBÉS

1 portion équivaut à...

Céréales pour bébés enrichies de fer	125 à 175 ml (1/2 à 3/4 tasse)
Pain (tranche d'env. 35 g)	1/2 tranche
Bagel (env. 90 g), pita ou tortilla (env. 70 g)	1/4
Riz, boulgour ou quinoa cuit	80 ml (1/3 tasse)
Pâtes alimentaires ou couscous cuits	80 ml (1/3 tasse)
Céréales froides prêtes à servir	15 g*
Céréales chaudes cuites (ex.: gruau)	80 ml (1/3 tasse)

* Si possible, choisir des céréales froides prêtes à servir enrichies de fer jusqu'à l'âge de 2 ans.

LAIT ET SUBSTITUTS – 6 A 7 PORTIONS OU PLUS, DONT 600 À 720 ML DE LAIT

1 portion équivaut à ...

Lait	125 ml (1/2 tasse)
Lait évaporé non sucré en conserve (dilué avec une part égale d'eau)	125 ml (1/2 tasse)
Yogourt ou kéfir	100 g ou ml (env. 1/2 tasse)
Fromage (ex.: mozzarella, havarti)	15 à 20 g
Fromage frais (ex.: cottage, ricotta)	40 à 60 ml (env. 1/4 tasse)
Fromage frais aromatisé	30 à 60 g
Boisson de soya enrichie	---

VIANDES ET SUBSTITUTS - 2 À 3 PORTIONS OU PLUS

1 portion équivaut à...

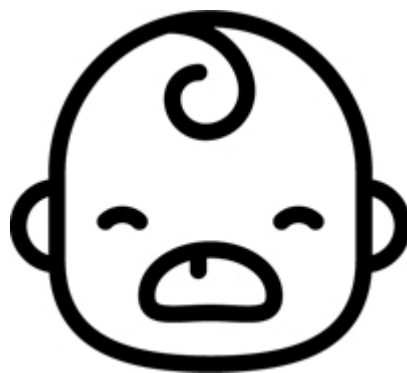
Poissons, fruits de mer, volailles et viandes cuits	30 à 45 ml (2 à 3 c. à table)
Légumineuses cuites (ex.: lentilles, haricots)	60 à 80 ml (1/4 à 1/3 tasse)
Tofu ferme	50 à 75 g (3 à 5 c. à table)
Œufs	1
Beurre d'arachide ou de noix	Crémeux, 15 ml (1 c. à table)
Noix et graines écalées	---

Quantités: En pratique

Choisir de pratiquer la DME, c'est adhérer au principe de base que bébé a la capacité de s'alimenter seul et donc de choisir lui-même les quantités qu'il consommera. Ces quantités varieront d'une journée à l'autre, mais aussi d'un repas à l'autre. La gourmandise à cet âge ne dictera pas les apports de bébé. **Il a la capacité innée d'arrêter de s'alimenter lorsqu'il n'a plus faim. Sa sensation de satiété est dite «pure», elle est non biaisée par son environnement et ses expériences antérieures.** Respecter sa sensation de satiété lui permet donc d'être à l'écoute de son corps et de ses besoins nutritionnels. Rappelons que les parents ont toutefois un rôle primordial: ils sont responsables de la qualité des aliments offerts.

L'appétit de bébé

La faim et l'appétit d'un nourrisson sont très variables et peuvent être influencés par divers facteurs. Les poussées de croissance, l'humeur, le niveau d'activité physique, la fatigue, l'âge, la taille, la présence de douleur ou d'infection sont parmi les principaux facteurs qui peuvent influencer l'appétit de bébé. De plus, les nourrissons ont un très petit estomac, ce qui fait en sorte qu'ils sont habituellement vite rassasiés.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Les raisons pour lesquelles chaque personne choisit de manger peuvent être très différentes : c'est l'heure, ça sent bon, nous sommes invités chez quelqu'un, il sera impossible de manger plus tard, la valeur nutritive de l'aliment, et la liste peut s'étendre encore longtemps. En réalité, la meilleure raison pour laquelle un humain devrait manger est simple : parce qu'il a faim ! L'enfant naissant a la capacité innée de communiquer cet état de manque. L'écoute de la faim et de la satiété sont donc à privilégier.

Selon l'organisme à but non lucratif *Nos petits mangeurs*, le centre de référence en alimentation à la petite enfance, il faut éviter de forcer un enfant à manger. L'organisme propose d'ailleurs une échelle de sensations pour aider à déterminer la faim de l'enfant au repas. **L'idéal est de se situer entre les sensations 2 et 4 et d'éviter les extrêmes.** Bien entendu, un nourrisson n'a pas la capacité de s'exprimer aussi clairement, mais les parents apprennent bien souvent à décoder les signaux de bébé.

ÉCHELLE DE SENSATIONS

0	1	2	3	4	5	6
Mourir de faim	Avoir une grosse faim	Avoir faim	Avoir un petit creux	Être bien	Être plein	Être trop plein

LE SAVIEZ-VOUS ?

Un nourrisson en santé ne se laissera pas mourir de faim! L'instinct de survie prendra le dessus. D'ailleurs, Santé Canada affirme que « les enfants compenseront le fait de moins manger certains jours ou à un repas particulier en mangeant plus à d'autres repas ». Il ne faut pas oublier que l'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons complètent toujours les repas.

Lors de l'introduction des solides, il peut être difficile de bien cerner la faim de bébé tout comme la satiété. Il est primordial de stimuler la communication orale dès la petite enfance, mais aussi de préconiser la communication par le moyen de signes. L'important est de laisser bébé s'exprimer. Avec le temps, les gestes deviendront plus faciles à interpréter et les gazouillis deviendront de plus en plus compréhensibles. En restant attentif, on réussit rapidement à comprendre l'enfant et ses modes d'expression. Par exemple, certains bébés annoncent à leurs parents que le repas est terminé pour eux en levant les mains au ciel, d'autres en tournant la tête loin des aliments. **De leur côté, les parents peuvent aussi créer des**

routines qui s'avèrent très sécurisantes pour l'enfant. Par exemple, certains parents prononcent toujours une même phrase à la fin du repas telle que: «Bye bye repas!».

Lors des visites à intervalles réguliers chez le médecin, la croissance et le développement de l'enfant sont suivis à l'aide de courbes de croissance. À chaque rencontre, on place sur un graphique des repères pour le poids, la taille et le périmètre crânien du bébé. À l'analyse de ces courbes, le professionnel de la santé peut déterminer si l'enfant se développe adéquatement.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Selon Les Diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmiers et infirmières en santé communautaire, la mesure régulière de la croissance de l'enfant aide à déterminer si le nourrisson consomme la bonne quantité de nourriture.

Il est possible de demander au médecin de consulter les courbes de croissance de l'enfant. Les courbes de croissance vierges sont aussi disponibles sur Internet pour les parents qui souhaiteraient en faire usage à la maison. Toutefois, l'annotation et la lecture des courbes doivent être complétées de façon bien précise et ne devraient en aucun cas remplacer le suivi médical offert par le médecin.

Bien que l'on doive laisser l'enfant décider des quantités d'aliments à consommer et que seul un professionnel de la santé puisse confirmer que bébé grandit bien, certaines habitudes sont à privilégier au quotidien afin de

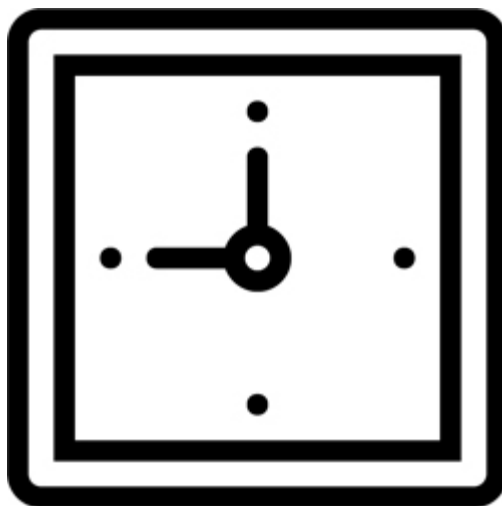
maximiser les apports alimentaires de bébé et d'encourager son plein développement.

En effet, pour le nourrisson, les mesures suivantes seraient bénéfiques:

- Offrir un horaire de repas régulier.
- Assurer une durée de repas sécuritaire.
- Trouver des solutions lorsque bébé ne semble pas aimer ce qui lui est servi:
 - La persévérance
 - L'imitation
 - La planification
 - Le renforcement positif
 - Ne pas accorder trop d'attention

Horaire de repas régulier

Du côté de l'horaire et de la structure des repas, il est conseillé d'établir une routine alimentaire chez l'enfant. **Idéalement, il faudrait que bébé mange selon un horaire régulier le plus souvent possible.** Bien qu'il soit important de développer les capacités d'adaptation des enfants, une routine alimentaire peut s'avérer sécurisante pour le jeune mangeur et peut contribuer à l'orienter dans le temps. En d'autres mots, il s'agit de créer une sorte de rituel avec bébé.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS),
« les parents et les dispensateurs de soins
devraient tenter de donner deux ou trois repas
et une ou deux collations composés d'aliments
complémentaires » dès l'âge de 6 mois. À l'âge de
9 mois, trois repas par jour peuvent être introduits
avec une ou deux collations.

Même si bébé refuse de s'alimenter, il devrait rester assis à table pour la durée complète du repas afin de partager ce moment en famille. Il faut se rappeler que les repas en famille fournissent bien plus qu'un simple apport nutritionnel.

Si bébé est en crise au moment du repas, il est judicieux de reporter/omettre le repas, le temps que bébé retrouve un certain calme. On veut éviter l'association entre crise et repas. Si bébé semble avoir besoin de dormir, il est suggéré de le laisser faire une sieste et de manger sans lui. L'enfant pourra attendre au prochain repas pour manger. Si bébé semble toutefois avoir faim au réveil, ne pas hésiter à lui offrir le sein et/ ou une préparation pour nourrissons et/ou une collation.

Malgré des variations en ce qui concerne l'horaire, que ce soit lors des repas ou aux collations, il est important que les conditions entourant la prise alimentaire restent sécuritaires: jamais dans l'auto, jamais dans la poussette et jamais dans le lit.

Durée de repas sécuritaire

Un repas habituel ne devrait pas être plus long que celui des parents. Si l'enfant a encore faim, il pourra être allaité et/ou nourri à l'aide d'une préparation pour nourrissons. **Cela suppose donc comme prémisse que les**

adultes et responsables des repas s'assoient à table assez longtemps pour manger afin de permettre au nourrisson de pratiquer ses nouvelles compétences.

D'autre part, lorsque l'enfant présente des signes de fatigue, cela annonce la fin du repas ou du moins le retrait des aliments. Si les muscles abdominaux de bébé sont trop faibles ou s'il est trop fatigué pour maintenir la position assise, il est fort probable que ses muscles pharyngés soient aussi fatigués. Cela pourrait nuire à une déglutition sécuritaire.

La littérature ne semble pas faire l'unanimité sur une norme quant à la durée des repas. Idéalement, il s'agirait de se fier aux signaux de faim et de satiété. Par contre, force est de constater qu'il n'est pas toujours facile de déchiffrer les signaux envoyés par bébé. C'est pourquoi nous suggérons des repas d'une trentaine de minutes et des collations de quinze minutes. Ce sont d'ailleurs les durées proposées par plusieurs professionnels de la santé et organismes dont la Fondation OLO (aide alimentaire aux femmes enceintes) dans son initiative 1 000 jours pour savourer la vie.

Et si bébé n'aime pas ça!

En DME, puisque l'enfant mange seul, il n'est pas possible de forcer l'enfant à manger. De toute manière, cette pratique ne devrait pas être encouragée, et ce, peu importe la technique d'introduction des aliments solides choisie. Il existe quelques trucs et astuces pour faciliter les choses à l'heure des repas, particulièrement si bébé semble ne pas vouloir collaborer.

LA PERSÉVÉRANCE

L'exposition à un aliment ne se fait pas uniquement au moment de la consommation: il peut s'agir de le toucher, de le sentir ou de le voir consommé par ses proches. Si un bébé refuse de manger un aliment en particulier, il faut continuer de le lui offrir, sans jamais en forcer la consommation. L'aliment devrait donc être servi dans son assiette ou sur sa tablette; la décision de le manger lui appartient.

Il suffit de familiariser l'enfant avec l'aliment de façon agréable. L'envie d'en manger se développera au fil des expositions. Les goûts évoluent et se développent. L'enfant doit apprivoiser les nouvelles saveurs

et textures. **Le nombre d'expositions requises avant qu'un enfant accepte un nouvel aliment peut varier significativement d'un enfant à l'autre. Certaines études rapportent que le nombre d'expositions requises pourrait être aussi élevé que 20.** Toutefois, il ne faut pas insister. Il n'est pas nécessaire de présenter l'aliment à l'enfant à chaque repas. L'exposition peut se faire sur une plus longue période. Par exemple, une exposition toutes les 2 à 4 semaines nécessitera 1 année complète d'essais. Le mot d'ordre: persévérance!

LE SAVIEZ-VOUS ?

Chez l'enfant, la préférence pour les aliments sucrés est innée. Avant sa naissance, le fœtus baigne dans le liquide amniotique sucré. Il en avale et l'inhale. Il développe alors une préférence pour le sucré avant même d'avoir goûté au premier aliment. Cette préférence est soutenue lors de l'allaitement, puisque le lait maternel est naturellement sucré. À l'inverse, les enfants présentent souvent un dégoût face à l'amertume et ne semblent pas apprécier l'acidité. On peut rapidement comprendre les goûts appréciés par l'enfant en observant sa succion, sa salivation et ses expressions faciales. Il faut malgré tout offrir des repas aux goûts variés; bébé s'habitue et développera de nouvelles préférences.

L'IMITATION

Tel que discuté précédemment, jouer la carte de l'imitation demeure la meilleure stratégie pour faire goûter un aliment à un enfant. Les autres membres de la famille doivent servir de modèles à l'enfant. Il faut rester

enthousiaste et tenter d'exagérer la joie de manger devant l'enfant lorsqu'il présente une plus grande résistance face à un aliment.

L'adulte peut prendre un morceau de nourriture directement dans l'assiette de l'enfant ou sur sa tablette pour lui montrer qu'il mange exactement la même chose que lui et qu'il apprécie l'aliment. Cela peut contribuer à le sécuriser. Il ne faut pas oublier que la peur des nouveaux aliments est fréquente chez les jeunes enfants. Voir les autres manger est donc essentiel en DME.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les bébés allaités auraient tendance à accepter les aliments plus facilement que les bébés nourris avec des préparations. Ceci serait en partie dû au fait que le goût du lait maternel change en fonction de ce que mange la maman. Les bébés recevant du lait maternel seraient donc exposés à différentes saveurs avant même de passer à l'introduction des solides. Les préparations pour nourrissons, quant à elles, ont toujours le même goût. D'un point de vue théorique, cette différence pourrait contribuer à une meilleure acceptation de l'ensemble des aliments chez le bébé allaité.

LA PLANIFICATION

La planification des repas est très importante. On vise des repas complets, c'est-à-dire des repas qui comportent au moins 4 des 6 groupes d'aliments. De plus, une bonne stratégie à adopter est de s'assurer que certains aliments servis soient déjà connus et appréciés par bébé. Ainsi, s'il n'a pas très faim et décide de ne pas manger beaucoup, il peut au moins retrouver certains aliments bien-aimés. Attention: il faut éviter de tomber dans le piège

d'offrir uniquement des aliments que bébé aime sans jamais augmenter la variété!

Il y a plusieurs façons de présenter un même aliment: la façon de le couper, de le faire cuire, le type d'assaisonnement utilisé, etc. La créativité est de mise! Manger n'est pas uniquement une question de goût: bébé mange avec ses cinq sens. Par exemple, du poulet servi avec des pommes de terre et du chou-fleur n'a rien de très attrayant visuellement. En remplaçant le chou-fleur par du brocoli, le repas est plus coloré. En servant les pommes de terre en julienne plutôt qu'en cubes, on ajoute différentes formes. Ce sont de petites modifications qui peuvent grandement influencer l'intérêt de bébé. Aussi, du poisson servi avec des pâtes au parmesan et des asperges pourrait incommoder l'odorat de différents membres de la famille, dont celui de bébé. **Il s'agit de bien planifier les repas afin de faire des combinaisons gagnantes qui prennent en considération les cinq sens. Chaque repas se doit d'être complet et le plus attrayant possible.**

LE RENFORCEMENT POSITIF

Il faut éviter de donner de l'attention à l'enfant qui refuse de s'alimenter. En effet, il est préférable de l'encourager et de le féliciter lorsqu'il essaie un nouvel aliment ou lorsqu'il tente de goûter de nouveau, plutôt que de le réprimander lorsqu'il ne mange pas. Le repas doit rester un moment agréable et positif.







Bien que le moment du repas soit synonyme de plaisir et de découvertes pour bébé, il ne faut pas oublier que le but premier de l'alimentation est de fournir l'énergie et les nutriments nécessaires à la croissance et au développement.

L'alimentation équilibrée peut toutefois sembler complexe à première vue. Les consommateurs sont constamment bombardés de mythes, de théories et de croyances populaires leur indiquant comment ou quoi manger. Mais qu'en est-il réellement? Le moment est maintenant venu d'explorer les bases d'une alimentation équilibrée et d'apprendre comment faire les meilleurs choix possible au quotidien.



Macronutriments

Que signifie ce si grand mot?

Il s'agit tout simplement des nutriments présents en plus grandes quantités dans les aliments. Ils remplissent plusieurs fonctions dans l'organisme, dont fournir l'énergie nécessaire au corps humain. **Les macronutriments comprennent les glucides, les protéines, les lipides et l'alcool.** L'alcool ne sera toutefois pas abordé dans cet ouvrage.

Glucides

RÔLES: Parmi tous les macronutriments, les glucides devraient représenter la principale source d'énergie du corps. Il en existe deux types: les glucides simples, couramment appelés «sucres», et les glucides complexes, tels que les fibres.

SUCRES

D'une manière simplifiée, on pourrait comparer les sucres au carburant d'une voiture. Avant de partir, il faut habituellement faire un plein d'essence. Ce carburant permet d'avancer et de mener à bien certaines activités. Lorsque les réserves diminuent, il est recommandé de s'arrêter de nouveau pour rajouter du carburant afin de compléter le trajet. Le principe est le même chez l'humain. Lorsque l'on mange un repas comprenant des glucides, on fournit au corps de l'énergie pour accomplir ses fonctions. Contrairement à la voiture, le corps n'arrête jamais. **Il a donc constamment besoin d'énergie. C'est pourquoi il est important de lui fournir des sources de glucides à chaque repas.** Il ne faut surtout pas attendre que la voiture tombe en panne!

FIBRES ALIMENTAIRES

Les fibres alimentaires, contrairement aux autres glucides complexes, ne remplissent pas le rôle de carburant. Elles aident plutôt à la digestion des aliments, ainsi qu'à la formation et à l'élimination des selles. De plus, les fibres peuvent rassasier et soutenir pour une plus longue période de temps, ce qui aide à ne pas avoir faim entre les repas.

SOURCES: On retrouve des glucides de façon naturelle dans plusieurs groupes d'aliments.

Voici quelques exemples:

Fruits	Fruits frais Fruits en conserve Fruits congelés Compotes de fruits Jus 100 % pur
Féculents	Pain Céréales Pâtes alimentaires Riz, couscous et autres céréales cuites Pomme de terre
Viandes et substituts	Légumineuses
Lait et substituts	Lait maternel Préparations pour nourrissons Lait de vache Yogourt Boissons de soya, de riz, d'amande
Légumes (présents en très petites quantités)	Légumes frais Légumes en conserve Légumes congelés Jus de légumes

LE SAVIEZ-VOUS ?

Santé Canada met en garde contre les boissons végétales telles la boisson d'amande, la boisson de riz et la boisson de noix de coco avant l'âge de 2 ans, puisque ces dernières ne contiennent pas tous les nutriments nécessaires au développement de bébé.

On retrouve aussi des glucides sous forme de sucres ajoutés dans plusieurs aliments transformés tels que:

- Biscuits, gâteaux, pâtisseries
- Boissons diverses: cocktail de fruits, lait au chocolat, boissons gazeuses
- Friandises: bonbons, jujubes, guimauves
- Produits à tartiner, sirops et sucre: confiture, caramel, miel, sucre blanc, sirop d'érable

Bien que ces aliments contiennent des glucides, ils sont toutefois à limiter et ne devraient pas être la principale source de glucides aux repas.

RECOMMANDATIONS

On estime que les glucides devraient représenter 45 à 65% de l'énergie totale ingérée quotidiennement chez les enfants de 1 à 3 ans.

RÈGLES D'OR

- 1. Offrir au moins une source de glucides à chaque repas.**
- 2. Poursuivre l'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons (présence de glucides) après l'introduction des solides.**
- 3. Privilégier les aliments qui contiennent du sucre de façon naturelle et éviter le sucre ajouté.**
- 4. Augmenter graduellement la teneur en fibres des repas.**
- 5. Choisir les fruits entiers de préférence aux jus 100% purs.**



QUESTION DE PARENTS

Qu'en est-il des biscuits de dentition ?



Les biscuits de dentition sont souvent donnés aux enfants pour soulager les symptômes associés à la poussée dentaire. Attention! L'Association dentaire canadienne recommande d'éviter ce type de biscuit, puisqu'ils peuvent contenir du sucre ajouté ou dissimulé. De plus, les ingrédients que l'on y retrouve (amidons modifiés fermentescibles) se transforment rapidement en pâte collante qui se loge sur les dents du nourrisson et contribue au développement de caries dentaires. Pour soulager la douleur du bébé, on recommande de frotter ses gencives avec le doigt ou le dos d'une petite cuillère froide. Les anneaux et jouets de dentition sont aussi des options intéressantes.

Lors de l'introduction des solides, il est important que bébé apprenne à découvrir les saveurs naturelles des aliments. Pour ce faire, on doit éviter l'ajout de sucre pendant la préparation de nourriture et faire de bons choix lors de l'achat d'aliments transformés. Afin de faciliter le choix de produits, on peut s'aider en consultant la liste d'ingrédients. **Idéalement, il faut choisir les aliments dont la liste d'ingrédients est la plus courte possible, puisque ces produits contiennent habituellement moins d'additifs et de sucre ajouté.** On recherche aussi les produits où les sources de sucres ajoutés sont peu nombreuses et placées le plus loin possible dans la liste d'ingrédients.

Voici une liste non exhaustive de noms sous lesquels se cachent divers sucres ajoutés:

- Sucre (ex.: blanc, de table, brun, en poudre, à glacer, brut), sucrose, cassonade, sucre de canne évaporé, jus de canne à sucre, mélasse, glucose (dextrose), glucose-fructose, lactose, maltose, sirop de maïs à haute teneur en fructose, sucre inverti liquide, sirop d'érable, concentré de jus de fruits, nectar de fruits, dextrines, maltodextrines, polydextrose, etc.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004, les enfants âgés de 1 à 3 ans sont les plus grands consommateurs de jus de fruits. Cependant, parce que trop sucrés, les jus ne devraient être consommés que très occasionnellement: on ne les offrira pas toutes les semaines, et encore moins tous les jours. Il est recommandé d'opter pour les fruits entiers qui sont, sur le plan de la nutrition, beaucoup plus intéressants grâce à leur contenu en fibres. Si l'on décide d'offrir du jus, il est important de choisir les jus 100 % purs et non les boissons aux fruits, punches et cocktails qui sont encore plus sucrés et contiennent souvent peu de vitamines et minéraux. Le jus pourrait aussi être dilué avec une part égale d'eau.

Il n'est toutefois pas nécessaire que les enfants et les nourrissons en consomment. Lorsque l'enfant remplit son estomac de jus de fruits, il a moins faim pour les aliments solides. Ceci peut contribuer à un apport insuffisant en certains nutriments. Le lait maternel, les préparations pour nourrissons, le lait entier et l'eau demeurent les meilleures options d'hydratation.

Protéines

RÔLES: Les protéines jouent un grand rôle de structure et de solidification. Elles sont à la base de toutes les cellules du corps. On en retrouve notamment dans les muscles, dans le sang, dans les ongles, dans la

peau et plus encore. Si l'on reprend l'analogie de la voiture utilisée précédemment, on peut comparer les protéines à la carrosserie de l'automobile. Toutefois, elles remplissent aussi plusieurs autres fonctions dans l'organisme et peuvent se présenter sous d'autres formes telles que les enzymes, les anticorps et les hormones.

Les protéines sont à la base de tous les muscles. De plus, elles se chargent de fournir les matériaux nécessaires à la croissance et au développement de bébé. D'ailleurs, c'est grâce aux protéines que les tissus se réparent après une blessure. Bien qu'elles ne soient pas la principale source d'énergie du corps, on peut tout de même compter sur ce macronutriment pour nous fournir de l'énergie au quotidien. D'autre part, les protéines sont aussi actives dans la défense du corps contre les virus et les bactéries ainsi que dans diverses réactions biochimiques et autres activités au sein du corps humain.

SOURCES: On retrouve deux types de protéines, soit les protéines animales et les protéines végétales.

Voici quelques exemples:

PROTÉINES ANIMALES	PROTÉINES VÉGÉTALES
Viande, volaille, poisson et fruits de mer Œufs Fromage Lait Yogourt	Légumineuses et produits dérivés: houmous, tofu, boisson de soya enrichie Noix, graines et produits dérivés: noix de Grenoble, graines de citrouille, beurre d'arachide, beurre d'amande Féculets (présentes en très petites quantités) Légumes (présentes en très petites quantités)

RECOMMANDATIONS

On estime que les protéines devraient représenter 5 à 20% de l'énergie totale ingérée quotidiennement chez les enfants de 1 à 3 ans.

RÈGLES D'OR

- 1 Offrir au moins une source de protéines à chaque repas.**
- 2 Poursuivre l'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons (présence de protéines) après l'introduction des aliments solides.**
- 3 Éviter la consommation de viandes transformées (charcuteries et viandes froides).**
- 4 Varier les sources de protéines: animales et végétales.**

LE SAVIEZ-VOUS ?

En octobre 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a classé les viandes transformées dans la catégorie des aliments cancérigènes et la viande rouge (bœuf, veau, porc, agneau...) comme probablement cancérigène. Attention! Cela ne signifie pas nécessairement qu'il faut rayer ces aliments de l'alimentation de bébé. Importante source de protéines, de fer, de vitamines et de minéraux, la viande rouge est la bienvenue dans l'assiette de l'enfant. Il suffit de porter attention à la qualité, à la quantité et à la fréquence. La solution est simple: varier les sources de protéines! L'idéal est d'alterner entre la viande rouge, la volaille, le poisson, les crustacés, les œufs, le fromage, le beurre de noix, le tofu et les légumineuses.

Tout comme les fibres alimentaires, les protéines jouent un rôle dans le contrôle de la faim. On dit qu'elles sont rassasiantes et qu'elles procurent un sentiment de satiété, c'est-à-dire qu'elles comblent la faim et aident à se sentir repu. Ceci signifie que si une trop grosse portion de protéines est offerte à bébé, il est possible qu'il n'ait plus faim pour les autres

composantes de son assiette. En offrant une assiette équilibrée comprenant des sources de protéines parmi d'autres aliments, bébé pourra faire ses propres choix et manger à sa faim. S'il choisit de manger uniquement les sources de protéines, il ne faut pas s'alarmer. Il consommera d'autres types d'aliments lors des prochains repas. Si bébé mange une collation en soirée, il peut être intéressant de lui servir une source de protéines. De cette manière, sa faim sera comblée plus longtemps, ce qui est souhaitable puisque de nombreuses heures s'écouleront avant son prochain repas.

Lipides

RÔLES: Souvent victimes d'une mauvaise réputation, les lipides sont indispensables à la croissance et au développement de bébé. Parfois nommés graisses ou matières grasses, les lipides sont nécessaires à la construction de toutes les cellules du corps humain, particulièrement celles du système nerveux. **Les lipides sont aussi une source importante d'énergie. Pour chaque gramme consommé, ils procurent plus que le double de l'énergie fournie par les glucides et les protéines.** On peut donc miser sur cet aspect pour s'assurer que bébé reçoive assez d'énergie quotidiennement. Finalement, les lipides facilitent l'absorption des vitamines A, D, E, K et jouent un rôle important dans la synthèse d'hormones et de cholestérol.

Pour conclure l'analogie entre les macronutriments et les voitures, on peut comparer les lipides à de l'huile à moteur. Ils accomplissent diverses tâches et sont essentiels au bon fonctionnement du corps. En ce qui concerne le choix de l'huile à moteur, il est à déconseiller de remplir les voitures de luxe d'une huile de mauvaise qualité. Il faut faire de même avec le nourrisson en lui offrant des lipides de qualité supérieure. Son corps en sera reconnaissant!

SOURCES: Les lipides sont répartis en 3 sous-ensembles: les acides gras insaturés, saturés et trans. **En règle générale, on veut privilégier les acides gras insaturés, limiter les acides gras saturés et éviter les acides gras trans.**

Voici quelques exemples:

ACIDES GRAS INSATURÉS (MONO ET POLY INSATURÉS)	ACIDES GRAS SATURÉS	ACIDES GRAS TRANS
À PRIVILÉGIER	À LIMITER	À ÉVITER
Certaines huiles : olive, canola, soya, tournesol, sésame, arachide Margarines non hydrogénées faites à partir de ces huiles Noix et graines Poisson Œufs enrichis (oméga-3) Avocat	Produits animaux : viande, volaille, fromage, lait entier, beurre, saindoux Certaines huiles : palme, coco Margarines hydrogénées	Shortening végétal Margarine partiellement ou entièrement hydrogénée (margarine dure) Produits transformés : produits de boulangerie, biscuits et desserts commerciaux, produits frits

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les acides gras insaturés sont généralement liquides à la température ambiante (comme l'huile d'olive), tandis que les acides gras saturés sont principalement solides à la température de la pièce (tel le beurre). Du côté des acides gras trans, on les retrouve notamment dans les aliments «trans» formés. Bien évidemment, ce petit truc ne s'applique pas à tous les aliments. Il peut tout simplement être pratique lorsque vient le temps de faire certains choix.

RECOMMANDATIONS

On estime que les lipides devraient représenter 30 à 40% de l'énergie totale ingérée quotidiennement chez les enfants de 1 à 3 ans.

RÈGLES D'OR

- 1. S'assurer d'avoir au moins une source de lipides à chaque repas.**
- 2. Poursuivre l'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons (présence de lipides) après l'introduction des solides.**
- 3. Privilégier les sources d'acides gras insaturés, limiter les gras saturés, éviter les gras trans.**
- 4. Choisir les produits réguliers plutôt que les produits allégés ou faibles en gras.**

Les produits faibles en calories, allégés ou faibles en gras ne sont pas recommandés pour les nourrissons. Par exemple, il est recommandé que bébé consomme un yogourt à 2% de m.g. et plus plutôt qu'un yogourt à 0% de m.g. Les nourrissons traversent une période de croissance importante et ont besoin de beaucoup d'énergie. Aussi, les bébés ont un petit estomac. Ils ne peuvent pas manger d'énormes repas. Il est donc bénéfique qu'ils consomment des repas concentrés en énergie et nutriments. En grandissant, les besoins en lipides diminueront aux dépens des besoins en protéines. Cette transition se déroule généralement vers l'âge de 3 ou 4 ans.

Finalement, les lipides rehaussent la saveur et modifient la texture des aliments. Ils ont un rôle à jouer dans la perception du goût des aliments. Ils ajoutent aussi une certaine onctuosité et un côté velouté aux recettes. Ceci explique pourquoi nous sommes si attirés par les pâtisseries et autres desserts riches en matières grasses. Sans fuir ces aliments, il faut simplement les consommer avec modération!

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le lait contient des gras trans. Par contre, il faut savoir que les gras trans présents naturellement dans les aliments sont différents des gras trans issus de procédés industriels (hydrogénation). À ce jour, les gras trans naturels que l'on retrouve dans certains aliments tels que le lait et la viande des ruminants n'ont pas été reliés à des risques pour la santé cardiovasculaire.





QUESTION DE PARENTS

On entend souvent parler d'oméga-3 et de l'importance d'en consommer. Qu'en est-il chez le nourrisson ?



Tout d'abord, il faut savoir que les oméga-3 font partie de la grande famille des acides gras polyinsaturés essentiels. Donc, le corps n'en produit pas naturellement et il faut compter sur l'alimentation pour en obtenir. Les oméga-3 peuvent provenir de source végétale (graines de lin, soya, noix, huiles diverses : canola, lin, soya...) ou de source marine (maquereau, truite, saumon, thon, sardine et autres poissons gras). Diverses études mentionnent qu'un apport en oméga-3 de source marine est particulièrement important vers la fin de la grossesse et durant les deux premières années de vie du nourrisson. C'est à ce moment que le cerveau du bébé connaît sa plus grande croissance et qu'il accumule le plus d'oméga-3. Idéalement, il faut consommer au moins deux repas de poisson par semaine.



Micronutriments

Comparativement aux macronutriments, les micronutriments se retrouvent en petites quantités dans l'organisme. Ils sont néanmoins indispensables et viennent compléter le travail des macronutriments. **On les divise en deux catégories: les vitamines et les minéraux.** Voici un survol de quatre micronutriments particulièrement importants à surveiller chez le nourrisson.

Calcium

RÔLES: Le calcium est indispensable à la formation et au développement des os et des dents. En effet, c'est le minéral qui se retrouve en plus grande

quantité chez bébé. Bien que plusieurs cellules en aient besoin pour fonctionner, on retrouve plus de 99% du calcium disponible dans le squelette. On attribue au calcium la solidité et la rigidité des os. Les autres fonctions de ce minéral impliquent notamment la contraction et la relaxation musculaire, la normalisation du rythme cardiaque, la pression sanguine et la transmission de l'influx nerveux.

Ce minéral n'est pas fabriqué dans l'organisme; on doit aller le chercher dans l'alimentation. Si les apports sont trop faibles, le corps puisera dans ses réserves (les os), ce qui fragilisera le squelette et augmentera le risque de fractures. On veut donc éviter cette situation en offrant suffisamment de sources de calcium alimentaire au nourrisson.

SOURCES:

- Produits laitiers (excellente source): lait, yogourt, fromage
- Boissons végétales enrichies
- Poissons en conserve
- Tofu préparé avec du calcium
- Légumineuses, noix et graines
- Légumes verts feuillus (présent en plus petite quantité)

RECOMMANDATIONS

Lors des six premiers mois de vie, le lait maternel et les préparations pour nourrissons comblent les besoins en calcium de bébé. Par la suite, il est recommandé que bébé continue à boire le lait maternel à la demande ou de 500 à 600 ml de préparations pour nourrissons par jour tout en passant à l'introduction des solides. Plus son appétit augmentera, plus les aliments contribueront à son apport en calcium.



QUESTION DE PARENTS

Notre bébé ne réussit pas à boire 500 à 600 ml de lait maternel et/ou de préparations pour nourrissons par jour. Nous ne voulons pas qu'il manque de calcium. Que faire ?



À moins que votre bébé ne s'alimente que très peu et refuse de boire, il n'y a pas lieu de s'inquiéter. Les valeurs fournies servent de référence. Votre bébé peut boire un peu moins certaines journées et un peu plus, d'autres. Le tout s'équilibrera. De plus, les aliments consommés fourniront à leur tour des quantités de calcium qui viendront compléter les apports. Un truc serait d'inclure le lait et d'autres sources de calcium dans les recettes. Toutefois, en cas d'inquiétudes persistantes face à l'alimentation de bébé, il est fortement recommandé d'aller consulter un professionnel de la santé tel qu'un médecin ou un diététiste-nutritionniste.

Vitamine D

RÔLES: La vitamine D agit main dans la main avec le calcium. En effet, cette vitamine permet au corps d'absorber le calcium présent dans les aliments. **Elle intervient donc de façon importante dans le développement des os et des dents.** La vitamine D agit également à titre d'hormone. Elle joue un rôle certain dans le processus de division cellulaire et le maintien des fonctions immunitaires. De récentes études tentent aussi de démontrer un lien entre une consommation déficiente en vitamine D et

certaines maladies telles que le diabète, le cancer, l'arthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques et les maladies cardiovasculaires. Les preuves restent toutefois insuffisantes pour le moment.

D'autre part, la consommation de vitamine D est d'autant plus importante chez le bébé, car un taux trop faible peut conduire au rachitisme. Le rachitisme est une maladie infantile qui touche la minéralisation des os. Comme conséquence, les os deviennent mous et se déforment. Bien que cette maladie ait été très répandue dans le passé, les cas se font plus rares de nos jours en Amérique du Nord.

SOURCES: Il existe trois sources distinctes de vitamine D qui viennent se compléter au quotidien: le soleil, l'alimentation et les suppléments.

LE SOLEIL

La vitamine D est souvent nommée «vitamine soleil», et ce n'est pas un simple hasard! L'exposition aux rayons du soleil constitue la principale source de vitamine D chez l'homme. Ce sont les rayons UVB qui permettent au corps de créer sa propre vitamine D. Par contre, au Canada, plusieurs éléments font en sorte qu'il est impossible de bénéficier de cette source 365 jours par année. L'emplacement géographique fait en sorte que l'ensoleillement et la puissance des rayons sont insuffisants du mois d'octobre jusqu'en avril. De plus, on cherche habituellement à protéger les enfants des effets dangereux du soleil grâce aux vêtements, aux écrans solaires et autres. Il faut donc veiller à compléter les besoins en vitamine D de bébé à l'aide d'autres sources.

L'ALIMENTATION

- Poissons gras et huiles de poisson: saumon, thon, truite, maquereau...
- Œufs
- Champignons shiitake
- Lait de vache: obligatoirement enrichi au Canada
- Margarine non hydrogénée: obligatoirement enrichie au Canada

LES SUPPLÉMENTS

Il peut être difficile de satisfaire les besoins en vitamine D uniquement avec l'ensoleillement et l'alimentation. Il est aussi important de noter que le lait

maternel ne contient pas suffisamment de vitamine D pour combler les besoins de bébé. **Santé Canada recommande donc la prise quotidienne de vitamine D sous forme de supplément chez les nourrissons et les jeunes enfants qui reçoivent du lait maternel.**

RECOMMANDATIONS

Une prise quotidienne de 10 µg (400 UI) de vitamine D sous forme de supplément est recommandée chez les nourrissons qui reçoivent du lait maternel jusqu'à l'âge de 2 ans. Il demeure nécessaire de bien intégrer le lait et les aliments riches en vitamine D à l'alimentation quotidienne du nourrisson.

Les préparations pour nourrissons contiennent habituellement une quantité suffisante de vitamine D pour combler les besoins de bébé. Donc, la plupart des bébés nourris à l'aide de ces préparations n'ont pas besoin de suppléments. Chaque bébé étant différent, il est important de valider cette information avec un professionnel de la santé.

Fer

RÔLES: Le fer est un élément qui joue différents rôles au sein de l'organisme. Il est essentiel pour l'utilisation de l'énergie. On le retrouve notamment dans les globules rouges où il permet le transport de l'oxygène vers les cellules des tissus et des muscles. Impliqué dans diverses réactions cellulaires, il participe à la mise en réserve d'oxygène dans les muscles, ainsi qu'à la régulation de la croissance cellulaire.

SOURCES: Le fer se présente sous deux formes: le fer hémique et le fer non hémique.

FER HÉMIQUE	FER NON HÉMIQUE
LE FER HÉMIQUE SE RETROUVE UNIQUEMENT DANS CERTAINS ALIMENTS DE SOURCE ANIMALE	LE FER NON HÉMIQUE SE RETROUVE DANS LES ALIMENTS DE SOURCE VÉGÉTALE
Viande Foie (1 fois par semaine maximum) Volaille Poisson Fruits de mer Il est absorbé de 2 à 3 fois plus efficacement que le fer non hémique.	Légumineuses Légumes verts Produits céréaliers Tofu Mélasse noire et verte Céréales enrichies en fer pour bébés

Il est à noter qu'on retrouve aussi du fer dans les œufs, les préparations pour nourrissons, le lait maternel et le lait entier. De plus, au Canada, certains produits raffinés tels que la farine, les pâtes alimentaires et les céréales pour petit déjeuner sont d'emblée enrichis de fer non hémique.

Bien que le fer de source végétale ne soit pas aussi bien absorbé que le fer de source animale, il est possible de potentialiser son absorption. **Effectivement, les aliments riches en vitamine C augmentent significativement l'absorption du fer non hémique par l'organisme. Il serait alors bénéfique de combiner les sources de fer non hémique à des aliments riches en vitamine C au repas.** Les aliments contenant de bonnes quantités de vitamine C incluent notamment les agrumes, les tomates, les fraises, les kiwis, les brocolis et les poivrons. Aussi, le fait de combiner les deux types de fer lors d'un même repas permet d'augmenter l'absorption de la portion de fer non hémique.

Une source intéressante de fer chez le nourrisson demeure les céréales enrichies en fer pour bébés. Afin de les inclure dans l'alimentation de bébé pratiquant la DME, l'idéal est de les incorporer dans diverses recettes. En règle générale, on peut substituer le quart ou la moitié de la farine par la même quantité de céréales enrichies en fer pour bébés. Ceci permet de cuisiner des muffins, des crêpes, des pains ou autres.

RECOMMANDATIONS

Santé Canada recommande que les premiers aliments complémentaires offerts soient des aliments riches en fer. De plus, Santé Canada ajoute que «la consommation quotidienne ou fréquente d'aliments contenant du fer hémique (viande, volaille et poisson) peut contribuer considérablement à combler les besoins en fer du nourrisson». Il est donc souhaitable d'offrir ce type d'aliments aux nourrissons au moins deux fois par jour. D'autre part, on recommande de varier les sources et d'ajouter une source de vitamine C aux aliments contenant uniquement du fer non hémique.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Avant l'âge de 9 mois, l'intestin de bébé n'est pas assez mature pour digérer les grosses molécules de lait. Ces dernières peuvent endommager la paroi de l'intestin et provoquer de petites pertes de sang. De plus, la quantité de fer contenue dans le lait de vache ne permet pas de combler les besoins de bébé et est difficilement absorbée. Le lait pourrait même diminuer l'absorption du fer à cause de sa teneur en calcium. Il faut donc attendre que bébé ait atteint l'âge de 9 mois avant d'introduire le lait de vache, et ce, jusqu'à concurrence de 750 ml par jour.

Sodium

RÔLES: Bien connu de tous, le sodium est un minéral que l'on retrouve dans le sang et dans le liquide dans lequel baignent les cellules du corps humain. Il est grandement impliqué dans l'état d'hydratation du corps: avec l'aide du potassium, le sodium s'occupe de l'entrée et de la sortie d'eau des

cellules. De plus, il joue un rôle important dans le fonctionnement des systèmes nerveux et musculaire.

À l'inverse de la majorité des micronutriments, on cherche à diminuer les apports en sodium plutôt qu'à les augmenter. Une trop forte consommation de sodium contribue à faire augmenter la pression artérielle chez certaines personnes, augmentant ainsi le risque de maladies cardiovasculaires et rénales. Lorsqu'un nourrisson consomme beaucoup de sel à un jeune âge, il peut développer une affinité et une préférence pour le goût salé. Par la suite, il pourra avoir tendance à conserver une alimentation plutôt salée au fil des ans, ce qui risque d'être très néfaste. Il faut donc donner le bon exemple aux enfants dès leur jeune âge.

SOURCES: On retrouve du sodium dans une multitude d'aliments. Par contre, la principale source de sodium reste les aliments préparés et préemballés. **Plus de 80% du sodium consommé par les Canadiens provient des aliments transformés du commerce!** Parmi ceux-ci, on retrouve les plats congelés, les soupes, les sauces, les produits de charcuterie, les pizzas, les jus de légumes, les grignotines salées, les fromages, les aliments séchés ou fumés et plus encore. À la grande surprise de plusieurs, les produits de boulangerie font aussi partie des principales sources alimentaires de sodium.

RECOMMANDATIONS

Selon Santé Canada, un enfant de 1 à 3 ans ne devrait pas consommer plus de 1 500 mg de sodium par jour. Ceci représente moins qu'une cuillère à thé de sel (2 400 mg de sodium). Santé Canada préconise aussi de ne jamais ajouter de sel aux aliments pour les enfants de moins de 1 an.

IDÉES POUR RÉDUIRE LA TENEUR EN SEL DES REPAS

- Cuisiner des produits frais

En achetant des produits frais et en cuisant les ingrédients à la maison, la teneur en sodium des repas diminue habituellement de façon significative. De plus, la cuisine maison permet de garder le contrôle sur les assaisonnements. Pourquoi ne pas remplacer le sel par des fines herbes ou différentes épices?

- Choisir des produits faibles en sodium

Lors de l'achat de produits du commerce, on doit rechercher l'appellation «faible en sodium», «sans sodium» ou «sans sel ajouté». On peut aussi vérifier le tableau de la valeur nutritive sur l'emballage des produits. Les produits choisis devraient présenter moins de 15% de sodium par portion et idéalement moins de 5%.

- Autres astuces

- Rincer les légumineuses et les légumes en conserve avant de les consommer.
- Ne pas utiliser la salière.
- Éviter les chaînes de restauration rapide.
- Limiter les aliments transformés du commerce.
- Privilégier les viandes cuites à la maison plutôt que les viandes prêtes à manger du commerce.

Chapitre 9

**ASPECTS
MÉDICAUX**



Être parent implique bien des choses. Être parent, c'est entre autres s'inquiéter pour ses enfants. N'en soyez pas embarrassés: il est tout à fait normal de vouloir s'assurer que son bébé est en santé et qu'il se développe selon les normes.

Par contre, sachant que chaque enfant est unique et que personne ne grandit au même rythme, il est parfois difficile de déterminer à quel moment il faut consulter un professionnel de la santé. Cette réalité s'applique tant chez les nourrissons pratiquant la DME que chez ceux qui suivent la méthode traditionnelle avec purées. Le chapitre qui suit présente divers problèmes pouvant toucher l'ensemble des bébés et pour lesquels il est recommandé d'aller chercher un avis médical.

Perte de poids ou changement de courbe pondérale

Le suivi de la courbe pondérale est une méthode efficace pour évaluer la croissance du nourrisson. En compilant régulièrement les valeurs associées au poids, à la taille et à la circonférence crânienne de bébé, il est possible de déterminer la courbe qui lui est propre. En effet, chaque enfant a un rythme de croissance qui lui appartient. Certains bébés sont plus costauds à la naissance, tandis que d'autres sont plus petits. Les nourrissons évoluent par poussées et tous les nourrissons du même âge n'ont pas nécessairement leurs poussées au même moment. De plus, divers facteurs influencent la vitesse de croissance de bébé: le sexe, la taille des parents, le mode d'alimentation, l'activité physique et plus encore. Il ne faut donc pas s'inquiéter si bébé grandit plus vite ou moins vite qu'un autre.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Selon la Société canadienne de pédiatrie, pendant les six premiers mois de vie, les bébés qui sont allaités grandissent habituellement plus rapidement que les bébés qui ne sont pas allaités. Pendant les 6 mois qui suivent, le rythme de croissance des bébés allaités ralentit, tandis que celui des bébés non allaités s'accélère.

Lors de chaque visite médicale, c'est le médecin qui s'occupe de la prise de mesures et de l'analyse des courbes de croissance. Ces rendez-vous devraient être suffisants pour permettre un bon suivi de la croissance et du développement de bébé. Les visites habituelles du bébé en santé ont lieu:

- Dans la semaine ou les deux semaines suivant sa naissance

- À 2, 4, 6, 9, 12, 18 et 24 mois
- Une fois par année après l'âge de 2 ans

Par contre, il est possible de suivre l'évolution du poids et de la taille de bébé entre les visites. Certains choisissent d'imprimer les différentes courbes et d'y inscrire les valeurs prises à la maison. D'autres préfèrent uniquement peser bébé à l'occasion afin de s'assurer qu'il ne perde pas de poids et laisser le suivi des courbes entre les mains de leur professionnel de la santé. Pour prendre les mesures à la maison, il faut veiller à toujours reproduire les mêmes conditions (nu, sans couche) et à toujours utiliser les mêmes accessoires (pèse-personne, toise). Par contre, la prise de mesures à domicile ne doit en aucun cas remplacer le suivi médical.

Un bébé qui évolue selon ses courbes de croissance est habituellement un bébé qui se développe sainement. Par contre, une perte de poids peut indiquer un possible retard de croissance. Chez les nourrissons, les retards de croissance sont souvent associés à un apport calorique insuffisant. Cependant, ils peuvent aussi représenter le premier signe d'une maladie sous-jacente. Peu importe la situation, une perte de poids chez les tout-petits ou même l'absence de prise de poids nécessitent de plus amples investigations par un professionnel de la santé.

Anémie

L'anémie est un tout petit mot qui en effraie pourtant plusieurs. Toutefois, il n'y a pas lieu de s'inquiéter. En recueillant les bonnes informations et en appliquant certains trucs et conseils, il est possible de prévenir cette affection ou, tout au moins, de savoir la détecter rapidement.

Au sens large, l'anémie est un trouble sanguin assez fréquent qui se caractérise par une diminution de la quantité d'hémoglobines et de globules rouges sains dans le sang. Ces globules rouges ont plusieurs rôles dans l'organisme, dont celui d'assurer le transport d'oxygène aux tissus et organes. On peut donc comprendre pourquoi il est primordial de prévenir l'anémie.

Contrairement aux croyances populaires, il existe plusieurs types d'anémie. Chez le nourrisson, la cause la plus probable est la carence nutritionnelle en fer qui mène à une anémie de type ferriprive. Toutefois, on peut aussi relier l'anémie à une carence en vitamines (dont la vitamine B6 et la vitamine B12), à une maladie génétique, à une hémorragie ou à une maladie chronique (plus rare chez le nourrisson). Les symptômes des différents types d'anémie se ressemblent. Il peut donc être difficile de les différencier. À la maison, le rôle du parent est d'aider à la prévention de la maladie. **Si l'enfant présente des signes d'anémie, l'aide d'un professionnel de la santé sera requis afin d'en déterminer la cause et d'amorcer un traitement, le cas échéant.**

Le type d'anémie pour lequel les gens se préoccupent le plus dans le cas du nourrisson reste l'anémie ferriprive.

Voici les signes et symptômes de l'anémie chez le nourrisson:

- Manque d'énergie
- Pâleur au niveau de la peau
- Manque d'appétit
- Prise de poids limitée
- Caractère irritable
- Infections fréquentes

Plusieurs raisons expliquent la crainte de l'anémie ferriprive chez les nourrissons. Lors de la grossesse, bébé forme ses réserves en fer. **Après la naissance, ces réserves diminuent graduellement et s'épuisent vers l'âge de 6 mois. Donc, pendant les six premiers mois, les réserves en fer et l'apport en fer fourni par le lait maternel suffisent pour combler les besoins de bébé.** Du côté des bébés nourris au biberon, une préparation commerciale enrichie en fer devrait être offerte afin d'aider à combler les besoins. Après six mois, il ne reste plus assez de réserves de fer pour combler à 100% les besoins du nourrisson.

Ce moment coïncide habituellement avec l'introduction des solides. Le fer issu des aliments, aidé par la poursuite de l'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons, doit alors combler les besoins grandissants de bébé. **Afin de prévenir l'anémie, il faut s'assurer d'offrir des**

aliments riches en fer dès le début de la DME. En effet, Santé Canada recommande d'offrir aux enfants âgés de 6 à 12 mois des aliments riches en fer au moins deux fois par jour.

Un bébé de poids normal qui est né à terme et en santé, qui est nourri par l'entremise de l'allaitement exclusif et/ou de préparations pour nourrissons enrichies de fer jusqu'à l'âge de 6 mois, et qui commence la DME à l'aide d'aliments riches en fer, ne devrait pas présenter de signes d'anémie ferriprive. Toutefois, si bébé venait à faire de l'anémie, des suppléments en fer sous forme de gouttes pourraient être prescrits par le médecin si jugé pertinent. Certains médecins pourraient aussi l'envisager en prophylaxie, c'est-à-dire en prévention.

Chez les bébés prématurés ou les bébés nés d'une mère anémique, un suivi plus serré des taux de fer doit être effectué. Il n'est pas rare que ces nourrissons naissent avec des réserves en fer plus basses que les autres. Il est donc possible que leurs réserves s'épuisent plus rapidement et qu'ils aient besoin de conseils personnalisés.

S'il y a le moindre doute en ce qui a trait à une possibilité d'anémie ferriprive ou que bébé semble présenter certains des signes et symptômes énumérés à la page précédente, il faut aller consulter un professionnel de la santé. Les symptômes de l'anémie ne lui étant pas exclusifs, ils peuvent aussi signaler d'autres problèmes de santé. Le médecin effectuera alors des prises de sang afin de préciser le diagnostic. S'il s'agit bel et bien d'une anémie ferriprive, le médecin indiquera la marche à suivre afin de remédier à la situation. Le traitement inclut notamment des ajustements de l'alimentation et/ou la prise de suppléments. **L'anémie non traitée peut mener à de graves conséquences sur la croissance et le développement cognitif de l'enfant.** Il ne faut donc pas hésiter à consulter.

Hypersensibilité orale

On parle d'hypersensibilité lorsqu'une personne capte mal certains stimuli et réagit trop intensément aux diverses stimulations sensorielles. L'hypersensibilité peut être reliée à tous les sens: la vue, l'ouïe, le toucher, le goût et l'odorat. Chez les personnes qui présentent ce type de problème,

l'interprétation de l'information perçue par le sens affecté est plus difficile, ce qui se traduit par une réaction exagérée face à divers stimuli.

En ce qui concerne l'hypersensibilité orale chez le nourrisson, elle implique les récepteurs du toucher de la bouche de l'enfant. **Ce type d'hypersensibilité se remarque lorsque bébé réagit trop intensément au goût, à la texture ou à la température d'un aliment.** Voici quelques signes qui, lorsque présents de manière excessive, pourraient indiquer que bébé est atteint d'hypersensibilité orale.

Bébé:

- Ne semble pas apprécier qu'on lui touche la bouche ou les lèvres.
- A de la difficulté à mastiquer et à avaler; réflexe vomitif très présent.
- N'aime pas la texture de certains aliments.
- Sépare tous ses aliments pour éviter qu'ils se touchent et se mélangent.
- Refuse de goûter aux nouveaux aliments.
- Veut qu'un aliment en particulier soit toujours servi à la même température.
- Délaisse les aliments trop épicés, trop sucrés ou trop salés.

Les bébés qui présentent une hypersensibilité orale auront tendance à régurgiter lorsque des objets ou des aliments sont introduits dans leur bouche et lorsqu'ils tentent d'avalier. Souvent, ils acceptent la nourriture, la mâchent un peu et la recrachent. De plus, les régurgitations fréquentes peuvent entraîner des vomissements chez l'enfant. Si le problème persiste, les vomissements peuvent causer des carences nutritionnelles et des déficits énergétiques. Puisque les signes sont non spécifiques, plusieurs perçoivent ces enfants comme étant difficiles ou capricieux. On s' imagine que l'enfant refuse volontairement de manger certains types d'aliments, alors qu'il s'agit plutôt d'une difficulté que l'enfant ne réussit pas encore à surmonter. **Souvent, les nourrissons perdront cette hypersensibilité avec le temps. Toutefois, il n'est pas recommandé d'attendre que l'hypersensibilité s'atténue sans entreprendre de démarche.** Il faut agir le plus rapidement possible afin d'éviter que l'état de santé de bébé se

détériorer. Si bébé semble présenter une hypersensibilité orale, il vaut mieux en parler avec un professionnel de la santé afin de solliciter son avis.

Voici quelques conseils en cas d'hypersensibilité orale:

- En parler à un médecin.
- Consulter un ergothérapeute qui peut pratiquer un programme de désensibilisation orale.
- Rencontrer un nutritionniste afin de s'assurer que les besoins nutritionnels de bébé sont comblés.
- Introduire les nouveaux aliments de manière progressive.
- Présenter les aliments rejetés à maintes reprises afin que l'enfant s'y habitue.
- Varier les goûts, les textures, les températures des aliments au quotidien.
- Assurer à bébé une bonne hygiène buccale.

Reflux – Régurgitations – Vomissements

Le reflux gastro-œsophagien (RGO), les régurgitations et les vomissements sont trois actions qui s'apparentent et qui peuvent parfois être reliées les unes aux autres. **Par contre, elles ne partagent pas toutes le même élément déclencheur et présentent différents risques pour la santé.** Il est donc important de bien les distinguer et de consulter un professionnel de la santé lorsque nécessaire.

REFLUX

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) se décrit comme étant la remontée du lait ou autres liquides et aliments de l'estomac (*gastro*) vers l'œsophage (*œsophagien*). Le contenu peut rester dans l'œsophage, mais il peut aussi sortir par la bouche sous forme de régurgitations ou vomissements. **Ce processus est tout à fait normal et peut survenir plusieurs fois par jour chez un nourrisson en santé. Le RGO est uniquement problématique lorsqu'accompagné de symptômes ou de complications incommodantes.** Les symptômes de reflux pathologiques incluent notamment les régurgitations douloureuses, le refus de s'alimenter, l'irritabilité, la position arquée et des douleurs abdominales. Des reflux trop fréquents peuvent

irriter l'œsophage et causer des pleurs et des inconforts, car le contenu de l'estomac qui remonte est généralement acide. Certains symptômes sont toutefois plus sévères et nécessitent une attention médicale: les vomissements en jets, l'anémie, le retard de croissance et autres.

RÉGURGITATIONS

Il peut parfois être difficile de repérer les reflux, mais il est quasi impossible de ne pas apercevoir les régurgitations. **Présentes quotidiennement chez près de 50% des nourrissons de 3 à 4 mois en santé, elles ne requièrent aucun traitement.** Les régurgitations sont plus fréquentes en bas âge et diminuent graduellement. L'introduction des solides est un facteur qui aide à limiter les régurgitations. Habituellement, elles cessent complètement par elles-mêmes vers l'âge de 1 an. Ce moment coïncide souvent avec la période où l'enfant réussit à se tenir debout et commence à marcher.

Les régurgitations peuvent survenir pendant ou un peu après les tétées et les repas. Les nourrissons ont un petit estomac qui n'est pas encore complètement mature. Ce petit estomac peut se remplir très rapidement de liquides, de solides et d'air. Souvent, la partie supérieure de l'estomac (sphincter œsophagien inférieur) ne réussit pas encore à se refermer complètement. Donc, lorsque l'estomac est trop rempli, il n'est pas rare qu'une partie des aliments ingérés remonte dans l'œsophage. Il est possible que de simples mouvements brusques, des secousses, des pleurs, une toux ou même le fait que bébé fasse un effort soient suffisants pour provoquer une régurgitation. **La quantité rejetée ne devrait pas être abondante; on parle ici d'environ 15 ml (1 cuillère à soupe) de lait ou un peu de nourriture.** Une fois de plus, si bébé grandit bien, qu'il présente un bon état général et qu'il ne se met pas à pleurer à la suite des régurgitations, il n'y a pas lieu de s'inquiéter.

Il est impossible d'éliminer les régurgitations à 100%, mais certaines mesures permettent d'en réduire la fréquence:

- **Éviter la suralimentation.**

Lors de la DME, c'est toujours bébé qui décide des quantités ingérées!

- **S'assurer que l'alimentation et l'allaitement se fassent en position verticale.**

- Lors de la DME: au repas, bébé doit être capable de se tenir en position assise sans soutien.
- Garder la position verticale pendant 20 à 30 minutes après le repas ou la tétée.
- **Attendre avant de laisser bébé faire une activité physique après le repas ou le boire.**
- **Allaiter et servir le repas dans un environnement calme et sécurisant.**
 - Si bébé est stressé, pleure ou ne coopère pas, il faut attendre qu'il se calme avant de poursuivre le repas ou la tétée.
- **Limiter la quantité d'air avalé (remplit l'estomac).**
 - Insister pour que bébé fasse son rot.
 - Limiter l'utilisation de la suce.
 - Prioriser l'allaitement au sein vs l'utilisation de biberons.
 - Ne pas trop serrer les couches et les vêtements autour de l'estomac.

Si tous ces conseils n'aident pas à diminuer la fréquence des régurgitations et si bébé semble souffrir lorsqu'il régurgite, il est nécessaire d'aller consulter un professionnel de la santé pour s'assurer que bébé ne présente pas de maladies sous-jacentes. **Une consultation médicale s'impose si bébé présente des vomissements en jets, vomit de la bile, a du sang dans ses régurgitations, cesse de prendre du poids, refuse de s'alimenter, semble avoir de la difficulté à avaler, tousse quand il est nourri, mouille peu sa couche, a des troubles du sommeil et s'il éprouve des problèmes respiratoires fréquents (toux, sifflement, etc.).**

VOMISSEMENTS

Les vomissements se distinguent principalement des régurgitations au niveau de la quantité expulsée et de l'effort fourni. **Les vomissements impliquent de plus grands volumes de liquides/solides que les régurgitations. De plus, les vomissements nécessitent un effort de la part de bébé pour expulser le contenu de l'estomac, tandis que les régurgitations se font de façon passive, sans effort.** Si bébé vomit très occasionnellement et qu'il ne présente aucun autre symptôme, il ne faut pas s'inquiéter. Par souci de prudence, mieux vaut le mentionner au médecin

lors des visites médicales routinières. Si ces vomissements se répètent, cela peut être un signe d'infection dans l'estomac, de réaction allergique ou de tout autre problème gastro-intestinal. Les vomissements excessifs contiennent parfois de la bile ou même du sang. Ils peuvent être accompagnés de diarrhée et mener à la déshydratation de l'enfant. Il faut alors immédiatement communiquer avec un professionnel de la santé.

Chez les nourrissons, il faut aussi porter une attention particulière aux vomissements en jets. Lors de ceux-ci, le contenu de l'estomac est violemment expulsé par la bouche. Le volume évacué est alors beaucoup plus important que celui des régurgitations et il est envoyé très loin devant l'enfant. Les vomissements en jets sont très douloureux pour l'enfant. Si bébé présente de tels vomissements, il faut aussi communiquer avec un médecin pour vérifier si bébé ne souffre pas d'une affection plus sérieuse.

Changements dans les selles

Les couches peuvent être très révélatrices de l'état de santé de bébé. Il faut donc être attentif autour de la table à langer et s'habituer à jeter un coup d'œil au contenu des couches.

Les selles des bébés varient grandement au quotidien et sont influencées par de multiples facteurs. Par exemple, les selles de bébés allaités (jaunâtres et plutôt molles ou liquides) diffèrent des selles de bébés nourris à l'aide de préparations pour nourrissons (brun clair et épaisses). **Le contenu des couches se voit ensuite radicalement modifié avec l'introduction des aliments solides. Les selles reflètent alors le contenu de l'assiette du nourrisson et aident à déterminer ce que bébé a réellement consommé.** La diversification de l'alimentation de bébé entraînera des selles plus épaisses, plus foncées et plus odorantes. Toutefois, il est important de savoir reconnaître la diarrhée et la constipation qui, elles, peuvent être plus problématiques.

DIARRHÉE

La diarrhée se caractérise par la présence de selles très molles, liquides et souvent plus fréquentes qu'à l'habitude. Les selles sont souvent expulsées ou peuvent jaillir de façon incontrôlée. Bien que courante de

manière bénigne chez le nourrisson, la diarrhée peut aussi s'avérer plus problématique. C'est pourquoi il faut savoir la repérer et agir adéquatement selon les signes et symptômes.

Les causes de la diarrhée sont multiples. Elle est très souvent reliée à des infections bactériennes ou virales, dont la gastro-entérite. Par contre, elle peut aussi être associée à une allergie, à une intolérance à un aliment, à une toxi-infection alimentaire, à la prise de médicaments, à la poussée dentaire et autres. **La diarrhée devrait normalement cesser sans traitement en quelques jours (3-5 jours). Les selles redeviennent habituellement normales une semaine plus tard.** Si ce n'est pas le cas, il est préférable de consulter un professionnel de la santé. Il faut aussi s'assurer que bébé ne présente pas les signes suivants:

- Déshydratation
- Perte de poids
- Fièvre
- Vomissements
- Sang et/ou mucus dans les selles
- Ventre gonflé, dur et douloureux
- Refus de boire ou de manger
- Bouche sèche, pleurs sans larmes, fontanelle affaissée, urine très foncée, yeux creux





QUESTION DE PARENTS

Lorsque notre bébé a beaucoup de diarrhées, il a rapidement les fesses irritées. Que faire ?



Cette conséquence de la diarrhée se nomme *érythème fessier*. Ceci peut être inconfortable, voire douloureux, mais cette irritation est sans gravité. Pour y remédier, il est important de changer la couche de bébé dès qu'il fait une selle et de nettoyer la peau de bébé avec de l'eau et un savon doux (éviter les lingettes commerciales). Par la suite, il s'agit d'assécher les fesses avec une serviette sèche et d'appliquer un onguent non parfumé à base de zinc. Ceci devrait suffire. Si l'irritation semble persister, il serait préférable de consulter un médecin.

En ce qui concerne les soins à prodiguer, le traitement peut varier en fonction de la cause de la diarrhée. Trois facteurs sont à considérer: l'alimentation, l'hydratation et la médication.

ALIMENTATION

Idéalement, l'alimentation du nourrisson devrait rester aussi normale que possible. **Par contre, il ne faut jamais forcer l'enfant à manger. S'il semble avoir une perte d'appétit, il faut lui offrir des repas plus légers, puis allaiter et/ou offrir une préparation pour nourrissons à la demande.** Il est suggéré d'offrir, de préférence, des aliments que bébé apprécie: la découverte de nouvelles saveurs n'est pas prioritaire dans ce contexte. Certains aliments sont plus faciles à digérer que d'autres; il faut notamment éviter les repas trop gras ou très épicés. Les aliments qui contiennent des sucres ajoutés devraient aussi être évités. La liste

d'aliments à privilégier comprend le pain rôti, les pâtes alimentaires, les pommes de terre, les œufs, le poulet, les fruits et les légumes. Toutefois, si bébé vomit fréquemment, il faut penser à opter pour une alimentation liquide.

HYDRATATION

En cas de diarrhée, il faut tout faire pour éviter la déshydratation. **Pour ce faire, un enfant de 6 mois à 2 ans devrait boire environ 90-125 ml (3-4 oz) de liquide par heure. On suggère de poursuivre l'allaitement et de proposer de l'eau entre les repas et les tétées. De plus petites quantités, mais plus souvent, peuvent être bénéfiques.** Les boissons gazeuses et les jus seuls sont à proscrire, car ils peuvent avoir un effet laxatif qui risque d'aggraver la situation. Les liquides habituels sont parfois insuffisants pour protéger contre la déshydratation. Cette affirmation est d'autant plus vraie lorsque bébé vomit beaucoup ou qu'il présente une gastro-entérite. On suggère alors d'offrir une solution électrolytique de réhydratation. Ces solutions contiennent précisément les quantités de sucres et d'électrolytes (sodium et potassium) nécessaires pour prévenir la déshydratation en cas de diarrhée et/ou vomissements et sont mieux absorbées que tout autre liquide. On peut s'en procurer sans ordonnance à la pharmacie, sous forme de liquide, bâtons glacés ou poudre à reconstituer (faire le mélange avec précision). Elles sont offertes en plusieurs saveurs et les enfants acceptent habituellement assez bien le produit. Les marques les plus populaires pour bébés incluent *Pedialyte*, *Pediatric Electrolyte* et *Gastrolyte*.

Des solutions de réhydratation maison peuvent aussi être préparées. Ceci constitue uniquement une solution de dépannage pour une courte période. Les recettes doivent toujours être suivies à la lettre.

En voici un exemple:

Solution de réhydratation

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
360 ml (360 g)	Jus d'orange 100 % pur sans sucre ajouté
600 ml (600 g)	Eau bouillie, refroidie
2,5 ml (3 g)	Sel (attention de ne jamais dépasser cette quantité)
Rendement	960 ml

Préparation

1. Mélanger tous les ingrédients.

Ces solutions peuvent être données entre les boires et les repas. Pour un bébé qui ne boit presque pas, la solution de réhydratation devrait être offerte environ toutes les 5 à 15 minutes, en petites quantités (5-15 ml à la fois) selon sa tolérance. **Dans l'éventualité où bébé ne consomme temporairement aucun solide, il faut réintroduire les aliments le plus rapidement possible. Les solutions de réhydratation ne devraient pas être offertes pendant plus de 12 à 24 heures.** La prise de solution de réhydratation ne remplace en aucun cas les soins médicaux lorsque nécessaires. Si la condition de bébé ne semble pas s'améliorer ou en cas de doute, il faut absolument contacter un professionnel de la santé.

MÉDICATION

Il existe des médicaments qui permettent de réduire la diarrhée. **Bien qu'on les retrouve en vente libre, il est primordial d'obtenir l'accord d'un médecin ou d'un pharmacien avant de les administrer à bébé, puisque ceux-ci ne sont habituellement pas recommandés avant l'âge de 2 ans.** Une utilisation non supervisée peut causer des problèmes plus sérieux et aggraver l'état de santé de bébé.

CONSTIPATION

À l'opposé de la diarrhée, la constipation est aussi un changement dans les selles qui est assez commun chez le nourrisson. **La constipation est définie comme étant une évacuation peu fréquente, difficile, douloureuse ou incomplète de selles dures.** On remarque parfois que l'enfant semble avoir

du mal à évacuer ses selles et qu'il ressent de la douleur, s'énerve et pleure au moment de l'évacuation. Si bébé ressent trop de douleur, il aura tendance à se retenir davantage, ce qui ne peut qu'aggraver la situation. Chaque individu a un rythme d'élimination qui lui est propre. Par exemple, certains iront à la selle deux fois par jour, tandis que d'autres iront une fois tous les deux jours. Un enfant qui ne va à la selle qu'une fois tous les deux jours de manière habituelle et répétée n'est pas nécessairement constipé. Par contre, l'enfant qui a l'habitude d'y aller deux fois par jour et qui soudainement n'a pas de selles après deux jours est peut-être constipé. On doit donc soupçonner la présence de constipation lors des changements de rythme et de fréquence dans l'évacuation des selles et non après une durée préétablie sans selles. Cela varie d'un bébé à l'autre. Les selles peuvent s'avérer révélatrices. **Visuellement, elles seront petites et sèches ou dures et volumineuses. Parfois, elles peuvent aussi contenir un peu de sang dû à des fissures anales.**

La constipation peut avoir des causes très variables. Souvent, elle est due à un apport insuffisant en fibres ou en liquides. Par contre, certains bébés sont constipés en raison d'un changement dans l'alimentation (modification de la préparation pour nourrisson par exemple), d'un certain stress, d'une prise de médicaments ou de la déshydratation. Il faut rester attentif afin de soulager l'enfant et s'assurer qu'il n'y a aucune maladie sous-jacente.

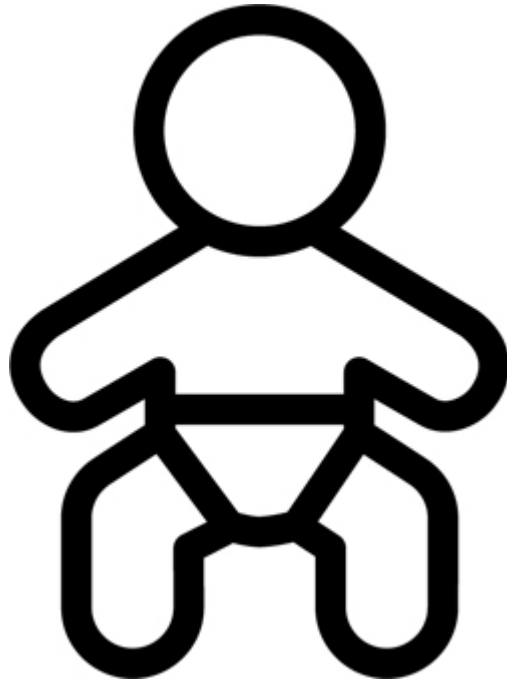
LE SAVIEZ-VOUS ?

Les bébés allaités souffrent habituellement moins de constipation que les bébés nourris à l'aide de préparations pour nourrissons. D'une part, les nutriments du lait maternel favorisent des selles plus molles. D'autre part, le non-respect des quantités de lait en poudre et d'eau peut entraîner la constipation. Il faut donc s'assurer de bien suivre la recette pour les préparations pour nourrissons.

Avant de consulter un médecin, certains conseils peuvent être utiles. Par contre, peu importe la situation, si la constipation dure plus d'une semaine, il est nécessaire d'aller chercher un avis médical.

Voici donc quelques conseils simples à essayer à la maison:

- Bouger les jambes de l'enfant comme s'il faisait de la bicyclette. Il existe également des techniques de massage pouvant faciliter le transit intestinal de bébé.
- Augmenter la consommation de liquides. Idéalement, il s'agit d'augmenter la fréquence des boires (lait maternel et/ou préparations pour nourrissons). Au besoin, offrir de l'eau entre les boires.
- Augmenter la consommation de fibres alimentaires. Les fibres se retrouvent dans les féculents de grains entiers, dans les fruits, dans les légumes et dans les légumineuses. On peut aussi cuisiner des muffins ou des crêpes avec du son de blé ou du psyllium pour augmenter la teneur en fibres. Une autre option est la tartinaade laxative. Elle peut être étendue sur une rôtie ou incorporée dans une recette.



RECETTE

Tartinade laxative

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
75 ml (50 g)	Raisins secs
75 ml (50 g)	Dattes dénoyautées
75 ml (50 g)	Pruneaux
60 ml (15 g)	Son de blé
50 ml (75 g)	Mélasse verte
RENDEMENT	500 ml

Préparation de la tartinade

1. Faire tremper au réfrigérateur toute une nuit les raisins secs, les dattes et les pruneaux dans suffisamment d'eau pour les recouvrir.
2. Retirer l'eau de trempage.
3. Passer tout le mélange au robot culinaire.
4. Mélanger jusqu'à l'obtention d'une préparation lisse. Au besoin, ajouter un peu d'eau.
5. Ajouter le son et la mélasse.
6. Mélanger et réfrigérer.

NOTE: Peut être congelée.

RECETTE

Biscuits à la tartinade laxative

QUANTITÉ	INGRÉDIENTS
125 ml (115 g)	Beurre
125 ml (165 g)	Tartinade laxative (voir recette précédente)
10 ml (6 g)	Vanille
1	Œuf battu
150 ml (95 g)	Farine de blé entier
150 ml (45 g)	Céréales enrichies de fer pour bébés
5 ml (4 g)	Poudre à pâte
1	Pincée de sel
30 ml (12 g)	Poudre de cacao
RENDEMENT	24 BISCUITS

Préparation

1. Préchauffer le four à 375 °F.
2. Graisser deux tôles à biscuits.
3. Battre en crème le beurre et la tartinade laxative.
4. Ajouter peu à peu la vanille et l'œuf battu.
5. Mélanger les autres ingrédients dans un second bol.
6. Ajouter délicatement ce mélange d'ingrédients secs au premier mélange.

7. Façonner 24 boulettes, les déposer sur les tôles à biscuits et les aplatir.
8. Cuire au four 10 minutes.

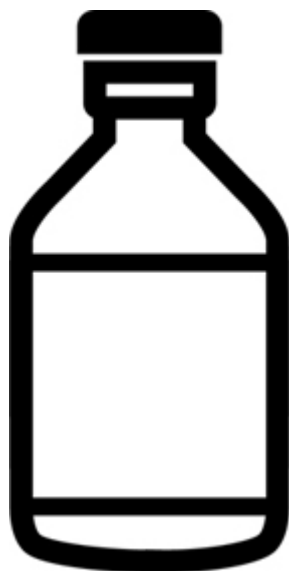


QUESTION DE PARENTS

Certaines personnes recommandent de donner de l'huile minérale pour faciliter l'évacuation des selles. Est-ce recommandé chez le nourrisson ?

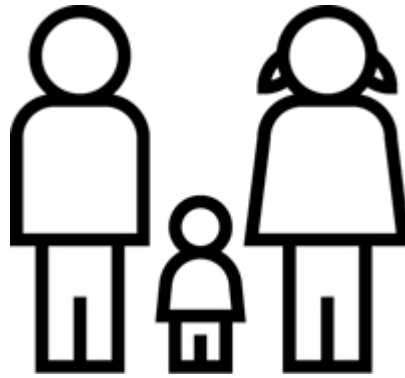


Attention! Ceci est contre-indiqué chez les enfants de moins de 18 mois. Plusieurs risques sont associés à la consommation de ce produit chez les bébés. Aussi, d'autres choisissent plutôt d'offrir à leur enfant des laxatifs ou suppositoires achetés en pharmacie. Une fois de plus, attention! Il faut s'assurer d'avoir consulté un professionnel de la santé avant d'en faire l'utilisation; il proposera une solution adaptée à la condition de bébé et donnera des instructions à suivre quant à la dose et à la durée de la prise de médicaments.



Chapitre 10

**INQUIÉTUDES
DE PARENTS**



La diversification alimentaire menée par l'enfant est une approche d'introduction des aliments solides à la fois simple et truffée de subtilités.

Bien que cet ouvrage tâche de présenter le plus d'informations possible sur le cadre théorique et la mise en pratique de la DME, il est impossible d'en explorer toutes les subtilités. Cette courte foire aux questions permettra de répondre à quelques inquiétudes souvent exprimées par les parents souhaitant expérimenter la DME. Il est toujours recommandé de consulter un professionnel de la santé en cas de doutes ou d'interrogations quant à la pratique de la DME.

Bébé mange déjà des purées, peut-il passer à la DME?

La diversification alimentaire menée par l'enfant repose sur une approche globale d'introduction des aliments solides chez le nourrisson. Elle se bâtit et se prépare. Idéalement, un bébé pratiquant la DME devrait, lors de son développement, traverser un continuum d'étapes:



Chaque étape permet au nourrisson de développer de nouvelles habiletés, de prendre conscience de ses actions, d'apprécier les repas et de cheminer vers l'efficacité à table. Un bébé qui est alimenté selon la méthode traditionnelle des purées ne suit pas nécessairement les mêmes étapes de développement que le bébé pratiquant la DME. **Une transition non supervisée d'une technique à l'autre pourrait être néfaste et/ou non sécuritaire pour bébé.**

Par exemple, on peut créer de la confusion et de l'incompréhension en cessant d'offrir des aliments à la cuillère du jour au lendemain à un bébé qui ne connaît que ce mode d'alimentation. Il est possible que cet enfant n'ait pas encore développé sa curiosité face aux aliments et ne comprenne pas comment manger adéquatement. Tout au long de la petite enfance, il est primordial que la relation qu'entretient bébé avec les aliments reste positive et amusante. On ne veut pas créer de peur ou de traumatisme. Il faut éviter qu'une transition trop radicale affecte bébé et résulte en une diminution des apports alimentaires.

Aussi, il n'est pas facile de déterminer à quelle étape bébé est rendu dans son développement et donc quel format d'aliment lui offrir pour assurer sa sécurité. Un bébé qui a été habitué aux purées devra développer ses habiletés à mâcher, puis à mastiquer. Si on lui offre des aliments de grosseur inadéquate, il peut y avoir des risques d'étouffement.

Donc, il n'est pas souhaitable de passer d'une alimentation comprenant strictement des purées à la DME. **Par contre, il est possible de le faire avec l'aide d'un diététiste-nutritionniste qui saura adapter la transition aux réalités propres à l'enfant. Cette transition se fera alors de manière graduelle et sécuritaire.**

La place des purées en DME: Qu'en est-il de l'approche mixte?

Un des principes de base en DME est l'élimination de l'étape des purées. Toutefois, ceci ne signifie pas que le yogourt, les compotes de fruits et autres n'ont pas leur place dans la diversification alimentaire menée par l'enfant. En effet, ces aliments peuvent être utilisés différemment ou plus tard dans le processus d'introduction des solides.

***Note:** Bien qu'aucune étude ne permette de confirmer ou d'infirmer le risque de pratiquer ce que nous qualifierons d'approche mixte (bébé s'alimente seul avec les morceaux, les parents le nourrissent de purées à la cuillère), voici le raisonnement sur lequel nous nous basons pour déconseiller la pratique de l'approche mixte.*

Lorsque bébé s'alimente par l'entremise de l'allaitement et/ ou des préparations pour nourrissons, il développe la capacité de téter et d'aspirer les liquides. Au moment des boires, les petits volumes aspirés sont rapidement envoyés à l'arrière de sa gorge et il peut ensuite les avaler. Lorsque bébé amorce la DME, il est normal que bébé tente d'aspirer les aliments solides; c'est la seule technique qu'il connaît. Par contre, grâce au réflexe vomitif encore très sensible, les morceaux trop gros seront renvoyés vers l'avant de la bouche. Par essais et erreurs, bébé comprendra assez rapidement les nouvelles dynamiques et développera de nouveaux mouvements masticatoires. Il passera de l'aspiration à la tétée, au mâchage, puis à la mastication.

D'autre part, lorsqu'un bébé est nourri à l'aide de purées, il ne fait que continuer à téter la cuillère et à en aspirer le contenu. Il n'est pas porté à utiliser différents mouvements masticatoires. **Le fait de ne pas offrir de purées au départ permet à l'enfant de se concentrer uniquement sur l'apprentissage de la mastication et limite les risques de confusion. On**

veut éviter que bébé confonde les purées et les morceaux et aspire des morceaux. Bien que la confusion aspiration-mastication n'ait pas encore été étudiée, c'est là un sujet qui mériterait qu'on s'y attarde.

Durant les trois premiers mois de l'apprentissage (6 à 9 mois), les bébés pratiquant la DME ne devraient donc pas se voir offrir de purées telles quelles. Au besoin, il est possible de les incorporer dans les recettes, de les tartiner sur différents aliments, de les utiliser comme sauces ou autres. Cette technique peut notamment être utile en ce qui concerne les céréales enrichies en fer pour bébés.

Une fois les techniques de mastication bien maîtrisées, il sera possible d'incorporer graduellement toute la gamme de textures et de consistances à l'heure du repas. Tel que précisé dans le chapitre des phases de la DME, on peut placer certaines purées dans des cuillères pré-remplies et laisser un bol sur la tablette de bébé pour qu'il découvre cette texture à son aise.

Mon bébé ne sait pas manger. Est-ce que je dois l'aider?

Une famille qui décide d'adopter la DME doit avoir la profonde conviction que bébé est capable d'apprendre à se nourrir seul, sans l'usage de purées et qu'il réussira à adapter ses apports alimentaires en fonction de ses signaux de faim et de satiété. **Si les membres de la famille ont des réticences face à ces concepts et ont de vives craintes à l'idée de ne pas pouvoir aider bébé au moment du repas, la DME n'est peut-être pas la méthode à choisir.**

Il ne s'agit pas ici de déterminer la meilleure technique d'introduction des aliments chez le nourrisson ou de comparer les méthodes entre elles. Il est question de déterminer la technique qui convient le mieux aux parents et à l'enfant. **Un choix éclairé doit être fait en fonction des valeurs, des convictions, des habitudes de vie, de l'horaire et du niveau d'implication de la famille. Tous doivent être à l'aise avec la décision et l'appuyer à 100%.** Une fois la méthode choisie, il est important qu'elle soit respectée et appliquée convenablement.

Est-ce que bébé mange réellement?

Plusieurs se demandent quelle proportion des aliments est réellement consommée par bébé versus la quantité uniquement mâchouillée, recrachée, jetée au sol ou laissée sur la tablette. Puisque l'on doit laisser bébé gérer les quantités seul, il importe peu de déterminer la quantité exacte. De plus, il est plutôt difficile d'évaluer cette variable. Toutefois, un changement dans les selles peut être un bon indicateur pour savoir si des aliments ont réellement voyagé dans le tractus intestinal de bébé.

Au cours de la première année, il faut garder en tête que le lait maternel et/ou les préparations pour nourrissons couvrent la majorité des besoins. Les aliments viennent compléter les apports. Bébé profite des repas pour découvrir les aliments, ainsi que pour explorer la variété de textures, de couleurs, de formes, de goûts et d'odeurs. Plus l'enfant s'habitue et se développe, plus on le verra manger avec appétit et plaisir.

Les boires doivent-ils être offerts avant ou après le repas?

Les opinions diffèrent quant au moment idéal de la journée pour offrir le lait et/ou les préparations pour nourrissons. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, «il est démontré qu'il importe peu que le lait maternel ou des aliments complémentaires soient donnés en premier lors d'un repas. La mère peut prendre la décision qui lui convient et qui répondra le mieux aux besoins de l'enfant».

L'idéal est de trouver l'ordre qui convient le mieux à bébé. Certains parents préfèrent offrir le lait et/ou les préparations pour nourrissons avant d'installer l'enfant à table, car ils trouvent que cela calme le nourrisson avant le repas. D'autres préfèrent laisser bébé manger le plus d'aliments possible et terminent le repas avec l'allaitement et/ou les préparations pour nourrissons. Par moments, le repas seul peut être suffisant pour combler la faim de l'enfant. Le prochain boire peut alors attendre. Si jamais le boire avant le repas semble suffire, il demeure important d'asseoir l'enfant à table et de lui présenter quelques aliments. Ceci lui permet de partager le repas avec les membres de la famille et l'encourage à explorer et se familiariser

avec de nouveaux aliments. On peut aussi séparer le boire en deux, en offrant une moitié avant le repas et le reste après le repas. On conseille toutefois d'éviter que l'enfant arrive à table affamé.

Peu importe l'ordre choisi, il ne faut pas oublier que les aliments et le lait et/ou les préparations pour nourrissons sont complémentaires. Si bébé mange moins au repas du midi, il risque de demander plus de lait en après-midi et vice-versa. Lors de l'introduction des solides, ce sont les signaux émis par le nourrisson qui doivent guider l'offre de lait et/ou de préparations pour nourrissons. Il faut être à l'écoute des besoins de l'enfant et s'adapter d'une journée à l'autre. Avec le temps, la place des boires diminuera en faveur des aliments.

Est-ce que bébé peut manger sans dents?

La présence de dents n'est pas essentielle à l'introduction des solides. Même si bébé n'a pas encore de dents, il peut très bien gérer des aliments de textures variées. **En effet, ses mâchoires sont très puissantes. Avec l'aide des gencives, bébé n'a aucun problème à mâcher et à mastiquer.**

Les premières dents font habituellement éruption aux alentours de 6 mois, mais certains bébés doivent patienter jusqu'à 1 an. C'est vers l'âge de 3 ans que l'enfant peut s'attendre à avoir ses 20 dents primaires. Il ne faut donc surtout pas attendre que bébé ait toutes ses dents avant de lui offrir des aliments solides!

Bébé sera-t-il capable de prendre tous les aliments?

Bien que chaque bébé se développe à son propre rythme, la majorité des bébés suit généralement la même progression.

Du côté de la motricité fine, c'est vers l'âge de 6 mois que bébé réussit à faire passer un objet ou un aliment d'une main à l'autre pour ensuite le porter à sa bouche. Il aime aussi agripper, frapper et renverser les objets. Bébé parvient habituellement à tenir d'assez gros aliments en les écrasant entre ses doigts et la paume de ses mains. **Sa force de préhension s'améliore au rythme des expositions et bébé devient rapidement très**

habile de ses petites mains. Toutefois, il doit habituellement attendre jusqu'à l'âge de 9 mois avant de passer au perfectionnement de sa «pince fine» ou encore de sa «prise en pince». À cette étape, bébé réussit à manipuler de plus petits objets/aliments en les pinçant entre son pouce et son index. Par la suite, il continuera à perfectionner ses habiletés et deviendra plus rapide et plus précis dans ses mouvements.

Auparavant, certains aliments comme le beurre d'arachide, le poisson, les œufs et le soya devaient être introduits à un moment précis. Est-ce encore le cas?

Depuis la fin de l'année 2013, ce n'est plus le cas. En effet, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique (SCAIC) ont dressé un état des connaissances et de la littérature et ont publié un document de principes conjoint concernant l'introduction des allergènes alimentaires chez les bébés. Dans ce document, le docteur Edmond Chan, allergologue pédiatre et coauteur, indique qu' **«en retardant l'exposition alimentaire à des allergènes potentiels, comme les arachides, le poisson ou les œufs, vous ne réduirez pas le risque que votre enfant souffre d'une allergie alimentaire»**. Il ajoute qu' **«une fois un nouvel aliment introduit, il est important de continuer de l'offrir régulièrement pour que votre enfant y demeure tolérant»**.

Toutefois, il ne faut pas oublier que les 10 principaux allergènes alimentaires doivent être introduits seuls ou accompagnés d'aliments essayés préalablement afin de reconnaître tout symptôme d'allergie. Cette première introduction doit être répétée deux autres fois avant de pouvoir estimer l'aliment comme étant sécuritaire. Pour les bébés considérés comme à haut risque d'allergie alimentaire, l'introduction des allergènes alimentaires nécessite une plus grande attention. L'introduction de ces aliments doit être adaptée à chaque cas et doit prendre en compte le niveau de confort des parents. En cas de doute, il est conseillé de consulter un professionnel de la santé.

Est-ce que bébé peut aller au restaurant?

La diversification alimentaire menée par l'enfant n'empêche en aucun cas les familles et les nourrissons d'aller manger au restaurant. Il faut toutefois garder en tête que les repas au restaurant doivent rester une activité occasionnelle. Bien que les menus varient grandement d'un restaurant à l'autre, les aliments servis sont souvent très gras, salés et/ou sucrés. La priorité est de consommer des aliments cuisinés maison. De plus, il peut être plus difficile de trouver un endroit où l'ambiance est calme et où bébé ne sera pas distrait au cours du repas. Enfin, il faut s'assurer que bébé ait accès à une chaise haute dans laquelle il sera assis bien droit et confortablement.

Malgré tout, il est fort probable que la famille choisira d'aller au restaurant à quelques reprises durant les deux premières années de vie de l'enfant. Voici donc quelques conseils:

➤ **Nourrir l'enfant avant de partir**

Dans certains cas, le fait d'allaiter l'enfant, et parfois même de s'asseoir à table et de lui servir son repas avant de partir au restaurant, pourrait rendre l'expérience plus facile. Le parent n'a qu'à être présent et consommer une collation légère pendant que bébé mange à la maison. Une fois au restaurant, il sera possible de présenter quelques aliments non salissants à l'enfant pour qu'il puisse faire partie du groupe, sans nécessairement avoir à consommer un repas complet. Exceptionnellement, bébé pourrait aussi sauter le repas et ne consommer que du lait maternel et/ou des préparations pour nourrissons le temps d'une soirée.

➤ **Prévoir un repas**

Il est possible de préparer un petit repas à l'avance et d'apporter quelques aliments qui ne nécessitent pas d'être réchauffés au restaurant; le personnel comprendra certainement. Ceci évite d'avoir à se questionner quant à la qualité des aliments offerts, quant aux allergènes et quant aux textures et formats disponibles.

➤ **Choisir sa table**

Idéalement, les banquettes sont à éviter. Il est préférable de s'asseoir à une table où l'enfant pourra prendre place parmi les autres membres de la famille, assis dans une chaise haute. On peut

aussi demander d'être placé dans une section moins bruyante afin de limiter les distractions.

➤ **Penser propreté**

Avant de partir pour le restaurant, il est souhaitable de préparer un petit sac comprenant les essentiels pour bébé. On pense notamment au bavoir, aux lingettes nettoyantes et à un second chandail (en cas d'accident). Pour les bébés un peu plus âgés, on peut aussi apporter la cuillère, le bol, l'assiette et/ou le verre auxquels ils sont habitués afin de faciliter le moment du repas.

➤ **Choisir le bon plat**

Bien évidemment, bébé ne mangera pas un plat complet. Pour certains nourrissons, il sera suffisant d'offrir quelques morceaux du repas des parents. S'assurer que la taille et la forme des aliments conviennent à l'enfant et les modifier au besoin. Pour d'autres, il pourrait être nécessaire de commander un à-côté ou une petite entrée. Dans tous les cas, il faut choisir le plat intelligemment. Il n'est pas recommandé d'opter pour un plat en sauce (salissant!), pour des aliments trop transformés (non optimaux!) ou pour tout autre repas qui n'est pas habituellement offert dans le cadre de la DME. Même au restaurant, les consignes et précautions s'appliquent.

Il est possible d'aller au restaurant avec un bébé pratiquant la diversification alimentaire menée par l'enfant. Tous ces conseils ne feront que faciliter le repas. Si le fait d'amener bébé au restaurant semble trop complexe, il existe d'autres options comme faire livrer les mets à la maison, faire garder l'enfant le temps du repas ou même décider de ne pas aller au restaurant tout simplement.

Quelle est la place du biberon en DME?

Lors des six premiers mois, certains bébés sont nourris au sein, d'autres au biberon. Il est aussi possible d'alterner les deux méthodes. **Bien qu'aucune étude n'ait été formellement menée afin de comparer l'impact du sein versus le biberon sur le succès de la DME, plusieurs mamans ont**

rapporté leur succès avec l'une ou l'autre des méthodes. Rien ne semble indiquer qu'un bébé nourri au biberon ne puisse pas adopter la DME. Il existe cependant des petites différences auxquelles les parents doivent rester attentifs.

Lorsque bébé est allaité au sein, il contrôle les quantités de lait ingérées à chaque boire. Dès sa naissance, ceci lui permet d'apprendre à écouter ses signaux de faim et de satiété. Il peut donc boire en fonction de ses besoins. Au moment de passer à l'introduction des solides, il sera alors facile pour lui de garder cette habitude. Les bébés utilisant des biberons peuvent aussi être à l'écoute de leurs signaux et boire à leur faim. Par contre, il n'est pas rare que les parents encouragent bébé à boire la totalité du biberon, ce qui vient influencer l'autorégulation des apports. **On recommande donc aux parents d'être très attentifs aux différents signes que présente l'enfant lorsqu'il n'a plus faim et de cesser immédiatement le boire.** Ce comportement aidera la transition vers la DME et habituera bébé à écouter ses signaux de faim et de satiété.

D'un côté plus technique, le bébé nourri au sein est beaucoup plus actif lors de l'allaitement que le bébé nourri au biberon. Lors des tétées, il travaille fort en utilisant sa mâchoire et sa langue pour bien prendre le sein et réussir à boire. Sans ces efforts, le lait ne coulerait pas. Certains estiment que les muscles développés lors des tétées pourraient lui donner un avantage quant à l'apprentissage de la mastication. À l'inverse, pour le bébé nourri au biberon, il peut être beaucoup plus facile d'obtenir son lait en faisant moins d'efforts. La majorité des biberons coulent sans que l'enfant ait besoin de *trop travailler*. Le bébé nourri au biberon pourrait donc avoir besoin d'un peu plus de temps pour perfectionner sa mastication.

Il existe aussi quelques différences entre les bébés allaités et les bébés recevant des préparations pour nourrissons. Le goût du lait maternel est modulé par les apports alimentaires de la mère. Le bébé nourri au sein ou qui reçoit le lait maternel au biberon sera donc exposé à un plus large éventail de saveurs, et ce, sans même avoir amorcé l'introduction des solides. Les préparations pour nourrissons, quant à elles, ont toujours la même saveur. Au moment de la DME, l'expérience des saveurs sera alors nouvelle pour les bébés qui auront uniquement connu ce type de

préparation. Certains estiment alors que le bébé allaité acceptera les nouveaux aliments plus facilement que les autres.

Est-ce une méthode populaire? À qui puis-je poser mes questions?

La diversification alimentaire menée par l'enfant est une technique d'introduction des solides qui gagne en popularité d'année en année. Toutefois, elle est encore relativement récente. Certaines personnes dans l'entourage de l'enfant ou certains professionnels de la santé risquent donc de ne la connaître que peu ou pas du tout.

Il est primordial de parler du choix de la DME à votre professionnel de la santé et de ne jamais hésiter à lui poser des questions en cas de problème ou d'interrogation. Il est possible que votre médecin ne connaisse pas encore la méthode. Ceci n'est pas une raison pour lui cacher votre choix. Connaissant très bien l'enfant et son développement, il sera en mesure de vous appuyer dans votre démarche. Au besoin, il vous réfèrera à un autre professionnel de la santé ou il fera de plus amples recherches afin de vous donner des conseils adaptés. Il est important de partager avec lui vos sources d'informations, de discuter des différentes théories et notions de base et de trouver un terrain d'entente. Il existe une multitude d'écoles de pensée et il ne faut pas avoir peur d'en discuter.

Les diététistes-nutritionnistes sont des professionnels de la santé spécialisés en nutrition et en alimentation. Avec le temps, plusieurs se sont spécialisés en diversification alimentaire menée par l'enfant. Ils offrent des rendez-vous pour des consultations privées ou même des ateliers et des cours de groupe dans lesquels les différentes théories et notions de base sont abordées, ainsi que les aspects plus pratiques. Ces ateliers constituent une occasion en or pour rencontrer un professionnel spécialiste en la matière tout en discutant avec d'autres parents pratiquant la DME.



MISE EN GARDE

Il existe de nombreux sites Internet, blogues et plateformes de discussions en ligne où les gens échangent au sujet de la diversification alimentaire menée par l'enfant. Bien que ces pages puissent être instructives et contenir une panoplie de trucs, il faut garder en tête qu'elles sont très rarement rédigées par des professionnels de la santé. Il est possible que les informations qui y circulent ne soient pas véridiques, qu'elles ne soient pas appuyées par la science ou qu'elles encouragent des comportements à risque pour l'enfant. Il faut donc faire très attention avant d'appliquer les conseils que l'on retrouve sur ces sites. En cas de doute, il suffit de valider ou de compléter l'information auprès d'un professionnel de la santé.

MOT DE LA FIN

“En conclusion, force est d’admettre que la diversification alimentaire menée par l’enfant est une approche d’introduction des solides en émergence qui mérite d’être considérée par les parents et les professionnels de la santé. Favorisant l’autorégulation des apports, encourageant les repas en famille, priorisant la cuisine maison et misant sur l’autonomie de l’enfant aux repas, la DME pourrait avoir de nombreux avantages sur la santé et l’alimentation des bébés, que ce soit à court ou à long terme. On peut penser notamment à l’influence sur la gestion du poids, ainsi qu’aux possibles impacts sur l’obésité, le diabète, le syndrome métabolique et autres comorbidités.

Comme il en est pour toute méthode relativement nouvelle, on retrouve peu de recherches publiées sur le sujet dans la littérature. Toutefois, divers projets sont en cours. Les connaissances entourant la diversification alimentaire menée par l’enfant devraient donc être bonifiées au cours des prochaines années. Les recherches à venir pourraient confirmer l’effet de la DME à plus long terme sur la gestion de la faim et de la satiété, sur les trajectoires de poids, sur la relation avec l’alimentation, sur l’adoption de saines habitudes alimentaires, sur l’acceptation d’un plus vaste éventail d’aliments et sur la poursuite de repas en famille. Elles serviront aussi à recueillir de plus amples informations sur les risques réels d’étouffement, sur les risques d’apports insuffisants et sur les possibles carences alimentaires associées.

D’ici là, il est recommandé de bien s’informer avant de commencer la diversification alimentaire menée par l’enfant. Simple à première vue, cette approche ne peut se résumer qu’à l’élimination des purées. Bien qu’elle demande divers changements au quotidien et nécessite une grande implication, tous les membres de la famille sauront en tirer avantage. En cas de questionnements ou de doutes concernant la mise en pratique de cette

approche, il ne faut pas hésiter à se renseigner et à contacter un professionnel de la santé.”

Bonne DME!



BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES SCIENTIFIQUES

AGOSTINI, C., TURCK, D. «Is cow's milk harmful to a child's health?», *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2011, 53(6), p. 594-600.

ALVISI, P., BRUSA, S., ALBORESI, S., AMARRI, S., BOTTAU, P., CAVAGNI, G., AGOSTONI, C. ... «Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants», *Italian Journal of Pediatrics*, 2015, 41(36).

ARDEN, M.A., ABBOTT, R.L. «Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation», *Maternal & Child Nutrition*, 2014, 11(4), p. 829-844.

BAKER, R., GREER, F., COMMITTEE ON NUTRITION. «Clinical Report: Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age)», *Pediatrics*, 2010, 126(5), p. 1040-1050.

BÉLISLE, F., BLOUIN, N. «La dysphagie chez l'adulte... Suivre la bonne voie!», *L'inhalo: Revue de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, 2008, 24(4), p. 8-13.

BITSORY, M. «The development of renal function», *Essentials in Pediatric Urology*, 2012, p. 9-20.

BREATNACH, E., ABBOTT, G.C., FRASER, R.G. «Dimensions of the normal human trachea», *American Journal of Roentgenology*, 1984, 142(5), p. 903-906.

BROWN, A. «Differences in eating behaviors, well-being, and personality between mothers following baby-led vs traditional weaning styles», *Maternal & Child Nutrition*, 2015.

BROWN, A., LEE, M. «A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers», *Maternal & Child Nutrition*, 2011, 7, p. 34-47.

BROWN, A., LEE, M. «An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods», *Maternal & Child Nutrition*, 2013, 9, p. 233-243.

BROWN A., LEE, M. «Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style», *Pediatric Obesity*, 2013, 10, p. 57-66.

BROWN A., LEE, M. «Maternal Control of Child Feeding During the Weaning Period: Differences Between Mothers Following a Baby-led or Standard Weaning Approach», *Maternal Child Health Journal*, 2011, 15, p. 1265-1271.

CAMERON, S.L., HEATH, A.-L.M., TAYLOR, R.W. «Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study», *BMJ Open*, 2012, 2, e001542.

CAMERON, S.L., HEATH, A.-L.M., TAYLOR, R.W. «How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence», *Nutrients*, 2012, 4, p. 1575-1609.

CAMERON, S.L., TAYLOR, R.W., HEATH, A.-L.M. «Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS – a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking», *BMC Pediatrics*, 2015, 15 (99).

CAMERON, S.L., TAYLOR, R.W., HEATH, A.-L.M. «Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families», *BMJ Open*, 2013, 3, e003946.

CAROLI, M., MELE, R.M., TOMASELLI, M.A., CAMMISA, M., LONGO, F., ATTOLINI, E. «Complementary feeding patterns in Europe with a special focus on Italy», *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 2012, 22, p. 813-818.

CHAN, E.S., CUMMINGS, C., SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE,

SECTION DES ALLERGIES. «L'exposition alimentaire et la prévention des allergies chez les nourrissons à haut risque», *Paediatrics and Child Health*, 2013, 18(10), p. 550-554.

COOK, L., MCCRANN, U., HIGGINS, C. «Managing weaning problems and complementary feeding», *Paediatrics and Child Health*, 2013, 23(8), p. 346-350.

CUKURANOVIC, R., VLAJKOVIC, S. «Age related anatomical and functional characteristics of human kidney», *Medicine and Biology*, 2005, 12(2), p. 61-69.

CYR, C., SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, COMITÉ DE PRÉVENTION DES BLESSURES. «La prévention de l'étouffement et de la suffocation chez les enfants», *Paediatrics and Child Health*, 2012, 17(2), p. 93-94.

D'ANDREA, E., JENKINS, K., MATHEWS, M., ROEBOTHAN, B. «Baby-led Weaning: A preliminary Investigation», *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 2016, 77(2), p. 72-77.

DONALDSON, S.W., TOMPSETT, A.C. «Tracheal diameter in the normal newborn infant», *American Journal of Roentgenology*, 1952, 67(5), p. 785-787.

FULKERSON, J.A., NEUMARK-SZTAINER, D., STORY, M. «Adolescent and Parent Views of Family Meals», *Journal of the American Dietetic Association*, 2006, 106(4), p. 526-532.

GRUEGER, B., SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE «Le sevrage de l'allaitement», *Paediatrics and Child Health*, 2013, 18(4), p. 211.

JANUS, J., MOERSCHER S.K. «Evaluation of anemia in children», *American Family Physician*, 2010, 81(12), p. 1462-1471.

KING, C. «An evidence based guide to weaning preterm infants», *Paediatrics and Child Health*, 2009, 19(9), p. 405-414.

KRAMER, M.S., KAKUMA, R. «Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review)», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, 8, p. 1-112.

LEUNG, A.K.C., MARCHAND, V., SAUVE, R.S., SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, COMITÉ DE NUTRITION ET DE GASTROENTÉROLOGIE. «Le “mangeur difficile”: le tout-petit ou l’enfant d’âge préscolaire qui ne mange pas», *Paediatrics and Child Health*, 2012, 17(8), p. 458-460.

LOCKE, A. «Agency, ‘good motherhood’ and ‘a load of mush’: Constructions of baby-led weaning in the press», *Women’s Studies International Forum*, 2015, 53, p. 139-146.

MARCHAND, V., SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, COMITÉ DE NUTRITION ET DE GASTROENTÉROLOGIE. «Le tout-petit qui périclité sous la courbe de croissance», *Paediatrics and Child Health*, 2012, 17(8), p. 451.

MOORE, A.P., MILLIGAN, P., GOFF, L.M. «An online survey of knowledge of the weaning guidelines, advice from health visitors and other factors that influence weaning timing in UK mothers», *Maternal & Child Nutrition*, 2014, 10, p. 410-421.

MORISON, B.J., TAYLOR, R.W., HASZARD, J.J., SCHRAMM, C.J., ERICKSON, L.W., FANGUPO, L.J., HEATH, A.-L.M. ... «How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months», *BMJ Open*, 2016, 6, e010665.

NAYLOR, A.J., MORROW, A.L. «Developmental Readiness of Normal Full Term Infants To Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods: Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal, Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development», *Wellstart International and the LINKAGES Project/Academy for Educational Development*, 2001, p. 1-44.

NEUMARK-SZTAINER, D. «Eating among teens: Do family mealtimes make a difference for adolescents’ nutrition?», *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2006, 2006(111), p. 91-105.

PRESCOTT, S.L., SMITH, P., TANG, M., PALMER, D.J., SINN, J., HUNTLEY, S.J.,-MAKRIDES, M. ... «The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: Concerns and controversies», *Pediatric Allergy and Immunology*, 2008, 19(5), p. 375-380.

RAMSAY, M. «Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective», *Devenir*, 2001/2, 13, p. 11-28.

RAPLEY, G. «Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace», *Community Practitioner*, 2011, 84(6), p. 20-23.

RAPLEY, G., FORSTE, R., CAMERON, S., BROWN, A., WRIGHT, C. «Baby-Led Weaning: A New Frontier?», *ICAN: Infant, Child & Adolescent Nutrition*, 2015, 7(2), p. 77-85.

REEVES, S. «Baby-led weaning», *British Nutrition Foundation*, 2008, 33, p. 108-110.

ROWAN, H., HARRIS, C. «Baby-led weaning and the family diet. A pilot study», *Appetite*, 2012, 58, p. 1046-1049.

ROWAN-LEGG, A., SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE. «La prise en charge de la constipation fonctionnelle chez l'enfant», *Paediatrics and Child Health*, 2011, 16(10), p. 666-670.

SACHS, M. «Guest editorial: Baby-led weaning and current UK recommendations – are they compatible?», *Maternal & Child Nutrition*, 2011, 7, p. 1-2.

SYMON, B., BAMMANN, M. «Feeding in the first year of life: Emerging benefits of introducing complementary solids from 4 months», *Australian Family Physician*, 2012, 41(2), p. 226-229.

TAVERES, E.M, SANDORA, T.J., SHIH, M.C., ROSS-DEGNAN, D., GOLDMAN, D.A., GILLMAN, M.W. «The association of television and video viewing with fastfood intake by preschool-age children», *Obesity (Silver Spring)*, 2006, 14(11), p. 2034-2041.

TOWNSEND, E., PITCHFORD, N.J. «Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample», *BMJ Open*, 2012, 2, e000298.

TUCK, C. «Book Review: Gill Rapley and Tracey Murkett. Baby-led Weaning. Helping your Baby to Love Good Food. London: Vermilion, 2008. £10.99, p. 256. ISBN 978 0 09192380 8.», *British Journal of Nutrition*, 2009, 102, p. 1386.

WRIGHT, C.M., CAMERON, K., TSIKA, M., PARKINSON, K.N. «Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods?», *Maternal & Child Nutrition*, 2011, 7, p. 27-33.

OUTILS – GUIDES

BOUCHARD, J. et coll., ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES NUTRITIONNISTES EXPERTS EN DYSPHAGIE. «Formation “Alimentation et dysphagie: comment améliorer le moment du repas?” – Guide du participant», APNED. Canada, 2009, 31 pages.

BOUCHARD, J. et coll., ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES NUTRITIONNISTES EXPERTS EN DYSPHAGIE. «Formation “Alimentation et dysphagie: comment améliorer le moment du repas?” – Guide du formateur niveau 1», APNED. Canada, 2009, 31 pages.

BRUNET, G., COSSETTE, G., COUSINEAU, D., LEMIEUX, D., MORIN, E., RAYMOND, F., THIBAUT, M.-P. et coll. «L’ABCdaire du suivi périodique de l’enfant de 0 à 5 ans: guide de référence du praticien», Faculté de médecine, Université de Montréal. Canada, 2012, 388 pages.

BUI, T. «Petits mangeurs: attitudes et comportements à adopter», Formation continue en gastroentérologie pédiatrique du CHU Sainte-Justine. Canada, 2015, 27 pages.

BUREAU DU CORONER DU QUÉBEC. «Rapport d’investigation du coroner – Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès: décès d’enfants de moins d’un an par obstruction des voies respiratoires causées par des aliments depuis 2000», Bureau du coroner en chef, Gouvernement du Québec. Canada, 2015, 9 rapports.

CENTRE DE RESSOURCES EN NUTRITION, CENTRE DE RESSOURCES MEILLEUR DÉPART. «Nourrir votre bébé de six mois à un an», Nexus Santé et l’Association pour la santé publique de l’Ontario. Canada, 2011, 28 pages.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE. «La gastro-entérite: information destinée aux parents», CHU Sainte-Justine, Université de Montréal. Canada, 2010, 8 pages.

DESROSIERS, H. et coll. «Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans», Institut de la statistique du Québec. Canada, 2005, 163

pages.

DORÉ, N., LE HÉNAFF, D. «Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, guide pratique pour les mères et les pères», Institut national de santé publique du Québec. Canada, 2015, 776 pages.

LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA. «Guide d'alimentation – Pour l'enfant d'âge préscolaire», Les Producteurs laitiers du Canada, CHU Sainte-Justine. Canada, 2013, 12 pages.

OMS. «Rapport mondial sur le diabète – Résumé d'orientation», Organisation mondiale de la Santé. 2016, 4 pages.

OMS / UNICEF. «Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant», Organisation mondiale de la Santé. Suisse, 2003, 36 pages.

PINARD, E. «Tout savoir sur la DME: Bébé mange seul», 2^e édition. Canada, 2016, 116 pages.

PLESSIS BROCHU, M., BOYER, É., KUCBEL-SAUMIER, M., DESCHAMPS, J. «Cadre de référence», Fondation OLO, 1000 jours pour savourer la vie. Canada, 2016, 52 pages.

PLESSIS BROCHU, M., BOYER, É., KUCBEL-SAUMIER, M., DESCHAMPS, J. «Fiches d'aide à l'intervention», Fondation OLO, 1000 jours pour savourer la vie. Canada, 2016, 76 pages.

ROURKE, L., ROURKE, J., LEDUC, D. «Rourke Baby Record: Evidence-Based Infant/Child Health Maintenance», Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins du Canada, 2009, 8 pages.

SANTÉ CANADA. «La salubrité des aliments pour les enfants âgés de 5 ans et moins», Santé Canada. Canada, 2015, 13 pages.

SERVICE D'ORTHOPHONIE CHUL. «Difficultés d'alimentation et de déglutition chez l'enfant: pour y voir clair», CHU de Québec, Université Laval. Canada, 2013, 19 pages.

USDA, FNS, WIC WORKS RESOURCE SYSTEM. «Feeding Infants: A Guide for Use in the Child Nutrition Programs», United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. États-Unis, 2001, 105 pages.

WHO / UNICEF. «Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of current scientific knowledge», World Health Organisation. Suisse, 1998, 258 pages.

SITES INTERNET – CONSULTÉS ENTRE DÉCEMBRE 2015 ET MAI 2016

www.aboutkidshealth.ca

www.allergies-alimentaires.org

www.babycenter.fr

www.breastfeedinginc.ca/

www.canadiensensante.gc.ca

www.dieticians.ca

www.dysphagie.ch

www.ellynatterinstitute.org

www.extenso.org

www.hc-sc.gc.ca

www.naitreetgrandir.com

www.nospetitsmangeurs.org

www.opdq.org/mnc/

www.passeportsanté.net

www.soinsdenosenfants.cps.ca

PAGES INTERNET

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE. «Dents primaires», 2016, repéré à http://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/cfyt/dental_care_children/development.asp.

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE. «La santé buccodentaire, ça commence avant la naissance», 2016, repéré à <http://www.firstvisitfirsttooth.ca/?ljs=fr>.

CROIX-ROUGE CANADIENNE. «Quoi faire quand bébé s'étouffe», Croix-Rouge canadienne, 2013, repéré à <http://www.croixrouge.ca/blogue/2013/3/quoi-faire-quand-bebe-s-etouffe->.

CROIX-ROUGE CANADIENNE. «Quoi faire quand un enfant s'étouffe», Croix-Rouge canadienne, 2013, repéré à <http://www.croixrouge.ca/blogue/2013/9/quoi-faire-quand-un-enfant-s-etouffe>.

HELLER, J.L., ZIEVE, D., OGILVIE, I., A.D.A.M. EDITORIAL TEAM. «Choking – infant under 1 year», *U.S. National Library of Medicine*, 2015, repéré à <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000048.htm>.

KASAN, M., DUTILLY, S., COMITÉ SCIENTIFIQUE AQAA. «Prévention des allergies alimentaires et autres maladies atopiques», Association québécoise des allergies alimentaires (AQAA), 2011, repéré à <https://docs.google.com/a/aqaa.qc.ca/viewer?a=v&pid=sites&srcid=YXFhYS5xYy5jYXwyMDEzLWZyfGd4O-jEwNDY0ODEyZTQ1MDNhZmQ>.

KAWSARI, A., STANLEY, Z., PARKIN, P., GRENIER, D. «L'anémie ferriprive chez les enfants», Programme canadien de surveillance pédiatrique, 2011, repéré à <http://www.cpsp.cps.ca/uploads/publications/AR-anemie-ferriprive.pdf>.

LANE, L. «Les grandes étapes du développement de l'enfant», Université d'Ottawa, 2009, repéré à http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Child_Development_Milestones_f.htm.

LOYOLA UNIVERSITY HEALTH SYSTEM. «Loyola pediatrician offers tips to help ease spit-up in babies after feeding», *News Medical Life Sciences & Medicine*, 2015, repéré à <http://www.news-medical.net/news/20150216/Loyola-pediatrician-of-fers-tips-to-help-ease-spit-up-in-babies-after-feeding.aspx>.

OMS. «Jusqu'à quel âge les besoins nutritionnels du nourrisson sont-ils couverts par l'allaitement?», Organisation mondiale de la Santé, 2015, repéré à <http://www.who.int/features/qa/21/fr/>.

RÉSEAU SANTÉ 360°. «Hypersensibilité orale», 2013, repéré à <http://www.rpsp.ca/chroniques/97-ergotherapie/246-hypersensibiliteorale>.

SANTÉ CANADA, SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, DIÉTÉTISTES DU CANADA, COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. «La nutrition du nourrisson né à terme et en santé: Recommandations de la naissance à six mois», Santé Canada, 2015, repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/index-fra.php>.

SANTÉ CANADA, SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, DIÉTÉTISTES DU CANADA, COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. «La nutrition du nourrisson né à terme et en santé: Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois», Santé Canada, 2014, repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/recom-6-24-months-6-24-mois-fra.php>.

LIVRES – MANUELS

BÉLANGER, M., LEBLANC, M.-J., DUBOST, M. «La Nutrition», 4^e édition, Montréal, Qc, Chenelière Éducation, 2015, 440 pages.

CLARK, J. «Baby Led Weaning: Step By Step», Great Britain, Balloon View Ltd, 2014, 119 pages.

DUBOST, M. «La Nutrition», 3^e édition, Montréal, Qc, Chenelière Éducation, 2006, 367 pages.

GAGNIER, N., GEHAMI, M. «J'aime pas ça! J'en veux encore! – Astuces et solutions pour des comportements alimentaires sains», Montréal, Qc, Les éditions La Presse, 2015, 191 pages.

LAMBERT-LAGACÉ, L. «Comment nourrir son enfant: du lait maternel au repas complet», Montréal, Qc, Les Éditions de l'Homme, 2007, 343 pages.

RAPLEY, G., MURKETT, T. «Baby-Led Weaning – The Essential Guide to Introducing Solid Foods and Helping Your Baby to Grow Up a Happy and Confident Eater», New York, NY, The Experiment, 2010, 239 pages.

RAPLEY, G., MURKETT, T. «The Baby-Led Weaning Cookbook – 130 Recipes That Will Help Your Baby Learn to Eat Solid Foods – and That the Whole Family Will Enjoy», New York, NY, The Experiment, 2012, 186 pages.

REMERCIEMENTS

“Merci à nos partenaires pour votre temps et vos précieux commentaires:

Andrée-Anne Vincent, nutritionniste, «être chère exceptionnelle» et future maman, pour ta rigueur qui n’a d’égale que ta grande générosité,

Annie Tonneau, directrice des éditions La Semaine, pour votre confiance dans le projet, même au stade embryonnaire,

Catherine Hamelin et Jean-Martin Durocher, parents de Charles-Alexis, Louis-Simon et Clara-Jeanne (futur bébé DME), pour votre enthousiasme, votre implication et votre désir d’en apprendre davantage,

Claude Couture, tante d’Annie et experte des mots, pour ton implication en ce qui concerne la relecture, ainsi que ta disponibilité et ton efficacité tout au long du projet,

Denise et Laval Couture, grands-parents d’Annie, pour vos opinions face à la DME, ainsi que pour le temps que vous avez investi lors de la relecture,

Dr Dominique Pilon, médecin de famille à l’UMF-GMF de Bordeaux-Cartierville à Montréal, pour votre révision médicale du chapitre *Aspects médicaux* et votre point de vue général sur la DME,

Emilie Pinard, maman impliquée et auteure du blogue bébémangeseul.com, pour ton dynamisme, ta volonté de faire découvrir la DME et ton ouverture d’esprit,

France Fontaine, mère de Marie-Ève, pour ta franchise et le partage de tes craintes par rapport à la DME en tant que future grand-mère et

ancienne éducatrice en CPE, qui nous a permis de nuancer certains aspects,

François Tousignant, conjoint d'Evelyne, et papa d'Élizabeth et Justin, pour tes commentaires en cours de rédaction et ta vision de papa,

Irène Paré, tante de Marie-Ève, pour la préparation, parfois à plusieurs reprises, de nos recettes DME,

Jean-François Bovet et Valérie De Sève, parents de Romy et Théodore, pour le partage de vos expériences avec vos bébés qui ont vécu la DME,

Jocelyne Parent, coordonnatrice de stages à l'Université de Montréal, pour nous avoir donné l'opportunité de nous rencontrer toutes les trois,

L'équipe de Passerelle bleue, Geneviève Langlais et Annie Colette, graphistes, pour votre créativité et votre disponibilité,

L'équipe qui a travaillé sur notre livre: Jean-François Gosselin (coordonnateur), Dominic Pimparé, (couverture), Lyne Préfontaine (conception graphique et infographie), Monique Lepage et Marie Théorêt (révisseuses-correctrices) pour votre minutie, votre efficacité et votre patience, tout au long du projet.

Lise Pilon-Bergevin, mère d'Evelyne, relectrice du tonnerre dont la disponibilité n'a d'égale que ses questionnements pertinents,

Pierre Talbot, père d'Annie, pour ta curiosité et tes réflexions au sujet de la DME, ainsi que ton expertise en tant que dentiste et professionnel de la santé lors de la relecture,

Réal Fontaine, oncle de Marie-Ève, pour avoir participé aux multiples dégustations et pour avoir partagé ta vision globale sur le projet,

Spiky-doo, chien de Marie-Ève et meilleur pote canin d'Evelyne et Annie, pour nous avoir forcées à prendre des pauses et ainsi nous permettre de refaire le plein d'énergie,

Un dernier merci à nos amis et familles pour leur compréhension et leur soutien tout au long du processus de rédaction.”

INDEX DES RECETTES

Crêpes aux bleuets avec céréales enrichies en fer pour bébés

Sauté de bœuf au brocoli

Tartinade de légumineuses

Bouchées de saumon avec sauce au yogourt

Smoothie coloré au tofu soyeux et aux petits fruits

Croquettes de poulet croustillantes

Solution de réhydratation

Tartinade laxative

Biscuits à la tartinade laxative

NOTES

[illegible]

TABLE DES MATIÈRES

Préface

Avant-propos

Table des matières

Introduction

Portrait des recommandations actuelles

Chapitre 1: Qu'est-ce que la DME?

Fondements

Avantages

Craintes

Chapitre 2: Choisir l'aventure DME?

Prémises à accepter

Contre-indications à la DME

Chapitre 3: Prêt, pas prêt?

Pourquoi faut-il patienter jusqu'à 6 mois pour commencer la DME?

Faux signes que bébé est prêt

Comment savoir que bébé est prêt?

Chapitre 4: L'ABC de la déglutition

Notions théoriques

Phases de la déglutition

Réflexe vomitif («GAG»)

Fausse route (Obstruction partielle)

Étouffement (Obstruction complète)

Chapitre 5: Les précautions à prendre

Chapitre 6: Les phases de la DME

Avant 6 mois: Préparation

6 à 7 mois: Exploration

7 à 8 mois: Débrouillardise

9 à 12 mois: Contrôle

12 mois et plus: Perfectionnement

Chapitre 7: Bébé mange-t-il assez?

Quantités: En théorie

Quantités: En pratique

Horaire de repas régulier

Durée de repas sécuritaire

Et si bébé n'aime pas ça!

Chapitre 8: Alimentation équilibrée

Macronutriments

Micronutriments

Chapitre 9: Aspects médicaux

Perte de poids ou changement de courbe pondérale

Anémie

Hypersensibilité orale

Reflux – Régurgitations – Vomissements

Changements dans les selles

Chapitre 10: Inquiétudes de parents

Mot de la fin

Remerciements

Index des recettes

Feuille de notes

LES ÉDITIONS LA SEMAINE
Charron Éditeur inc.
Une société de Québecor Média
955, rue Amherst, Montréal
Canada H2L 3K4

www.editions-lasemaine.com

Directrice des éditions: Annie Tonneau
Coordonnateur aux éditions: Jean-François Gosselin
Maquette et infographie: Lyne Préfontaine
Couverture: Dominic Pimparé

Révisseurs-correctrices: Monique Lepage, Marie Théorêt

Les propos contenus dans ce livre ne reflètent pas forcément l'opinion de la maison d'édition.

Toute reproduction, par quelque procédé que ce soit, est interdite sans l'autorisation du titulaire des droits.

L'Éditeur bénéficie du soutien de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec pour son programme d'édition.

Canada

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour nos activités d'édition.

Remerciements

Gouvernement du Québec / Programme de crédit d'impôt pour l'édition de livres / Gestion SODEC

© Charron Éditeur inc.

Dépôt légal: quatrième trimestre 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN: 978-2-89703-342-2

ISBN EPUB: 978-2-89703-387-3

Imprimé au Canada.

Diversification alimentaire menée par l'enfant – DME
Baby-led weaning – BLW

« Une approche d'introduction des aliments où le nourrisson
s'alimente seul sans passer par l'étape des purées. »

Avec la DME, on dit **#byebyepurées** ! Dès l'introduction des solides, bébé mange seul, sans aide, des aliments sous forme de morceaux. Il mange à table en même temps que les autres et partage les mêmes repas équilibrés que le reste de la famille. Le nourrisson développe ainsi ses habiletés à son propre rythme et apprend à écouter ses signaux de faim et de satiété. Grâce à cette approche et à la participation active de l'entourage, bébé adopte de saines habitudes alimentaires qu'il pourra conserver toute sa vie.

Ce guide saura accompagner les parents, familles, amis, éducateurs en petite enfance et professionnels de la santé dans la grande aventure de la DME. Il cherche à répondre aux nombreuses questions entourant la diversification alimentaire menée par l'enfant et l'introduction des solides chez le nourrisson dont :

- ✓ Quels sont les avantages et les craintes associés à la DME ?
- ✓ Comment savoir si bébé est prêt à débiter ?
- ✓ Existe-t-il des précautions à prendre ?
- ✓ Comment limiter les risques d'étouffement ?
- ✓ Quelles sont les différentes phases de la DME ? Par quoi commencer ?
- ✓ Bébé mange-t-il assez ?
- ✓ Comment offrir une alimentation équilibrée au nourrisson ?
- ✓ Consomme-t-il assez de fer ?
- ✓ Quels sont les aspects médicaux à surveiller ?
- ✓ Et plus encore !



Marie-Eve Richard, Annie Talbot et Evelyn Bergevin sont trois diététistes-nutritionnistes graduées de l'Université de Montréal et membres de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec. Travaillant dans des domaines de pratique complémentaires, elles se retrouvent toutes au sein de l'équipe Nutri-Energie. Fondée par Evelyn et Marie-Eve, cette entreprise offre une panoplie de services nutritionnels dont notamment des consultations individuelles, des ateliers DME et des formations pour les CPE et garderies. Parallèlement, Annie est aussi étudiante au doctorat en médecine de l'Université de Montréal. Ensemble, elles forment une équipe sans pareil !



www.nutri-energie.ca



Québecor Média Inc.

www.editions-lasemaine.com